

Société Française de Santé Publique

La consultation de prévention en médecine générale

N° 13

COLLECTION SANTÉ & SOCIÉTÉ

Collection Santé & Société

n° 13



Actes du séminaire de la SFSP

La consultation de prévention en médecine générale

4 décembre 2006

Direction générale de la Santé
Paris

Collection Santé & Société
N° 13, juillet 2007

SOMMAIRE

La consultation de prévention, définitions, périmètre

Présidence : Jean-François Collin
(Société française de santé publique et École de santé publique Nancy)

<i>Introduction</i>	7
Sandrine Buscail (Conseillère technique médecine générale au cabinet ministériel)	
<i>Pourquoi une consultation de prévention ? Enjeux pour les acteurs de santé ?</i>	
<i>Enjeux pour les usagers ?</i>	10
François Baudier (URCAM Franche-Comté)	
<i>La prévention dans le cadre de la Réforme de l'Assurance Maladie : les nouvelles orientations stratégiques</i>	21
Marie-Christine Keters (Direction des assurés, CNAMTS)	
<i>Débat</i>	29

1^{re} SESSION : Les expériences en cours : repérage, dépistage et après ?

Présidence : François Alla
(Société française de santé publique et École de santé publique Nancy)

<i>La consultation de prévention par le médecin généraliste : mise en place d'une nouvelle approche après 10 ans d'expérience.</i>	39
Alain Morel (Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole)	
<i>La prévention dans le parcours santé de la Mutualité française</i>	45
Bertrand Garros (Fédération nationale de la Mutualité française)	
<i>L'expérience de l'URML de Bretagne</i>	51
Rémi Bataillon (URML Bretagne)	
<i>Débat</i>	65
<i>Le point de vue des usagers sur la consultation de prévention</i>	71
Christian Saout (CISS)	
<i>Débat</i>	80
<i>Que tirer de l'expérience des réseaux ?</i>	84
Gilles Poutout (CNEH [Centre National de l'Expertise Hospitalière])	
<i>Consultation de prévention et politique d'éducation pour la santé.</i>	99
Jean-Luc Vêret (CORES Basse-Normandie)	
<i>Débat</i>	105

2^e SESSION : Examens périodiques : ciblés ou ouverts ?

Et ensuite comment s'organise la prise en charge ?

Présidence : Emmanuel Ricard
(Société française de santé publique)

<i>La consultation de prévention à 70 ans par le médecin traitant.</i>	113
François Piette (Service de médecine interne et gériatrie, Hôpital Charles Foix [AP-HP])	

Débat	117
<i>Les nouvelles missions des Centres d'examens de santé définies par la convention d'objectifs et de gestion entre l'État et l'Assurance Maladie</i>	121
Catherine Guenot (CETAF)	
<i>Les examens de santé de l'enfance avant 6 ans</i>	130
Bernard Topuz (PMI de Seine-Saint-Denis)	
Débat	134
3^e SESSION : Les autres dimensions à prendre en compte	
<i>Présidence</i> : Marc Brodin (Santé publique, Faculté Denis Diderot, Paris VII)	
<i>Prendre en compte les conditions de travail</i>	145
Marcel Goldberg (Inserm Unité 687, Département Santé Travail, InVS)	
<i>La consultation de prévention familiale</i>	162
Joël Ménard (Laboratoire SPIM, Faculté de médecine René Descartes)	
Débat	168
CONCLUSIONS : Consultation de prévention :	
quelle prévention, quelles activités et par qui ?	177
François Bourdillon (Société française de santé publique)	

La consultation de prévention, définitions, périmètre

Présidence : Jean-François Collin

Société française de santé publique
et École de santé publique Nancy

La consultation de prévention, définitions, périmètre

Présidence : Jean-François Collin

*Société française de santé publique
et École de santé publique Nancy*

Au nom de la Société française de santé publique, je suis très heureux de vous accueillir pour ce séminaire sur la consultation de prévention en médecine générale. Je voudrais également remercier la Direction générale de la santé pour son accueil. Elle met en effet à notre disposition ce bel amphithéâtre.

En introduction, je voudrais rappeler qu'évidemment les médecins généralistes font depuis longtemps de la prévention et qu'ils n'ont pas attendu qu'on en parle et qu'il y ait des colloques pour en faire. Au moment où cette activité se structure, nous n'oublions pas que d'autres professionnels font de la prévention, mais aujourd'hui, on a choisi de centrer notre propos sur la prévention en médecine générale. Au-delà d'un engagement individuel dans ce champ de la prévention, il nous paraît important de porter un regard de santé publique autour de critères qui feraient que cette prévention soit intéressante non seulement pour les personnes qui consultent mais aussi efficiente pour la population. Les questions d'organisation sont alors posées et qui dit organisation pratique dit aussi organisation de la prise en charge.

Et donc, c'est tout le système de santé qui est concerné par cette démarche. C'est dans ce cadre-là que nous avons prévu cette réflexion. Nous sommes conscients qu'on ne va pas, au cours d'une journée, résoudre toutes les questions qui se posent, mais il nous semblait intéressant de faire le point.

Intéressant de faire le point au moment où des dispositifs différents se mettent en place et s'expérimentent. Intéressant, car au-delà du terme singulier de prévention, on perçoit des approches très diverses. L'approche classique de l'OMS distingue prévention primaire, secondaire, tertiaire. Dans les dispositifs qui fonctionnent ou qui se développent, on parle de prévention au singulier. Alors, où on se situe ? Quel est le champ de la prévention investi par les médecins généralistes.

Pour introduire cette journée et nous donner le regard du Ministre sur cette thématique, M. Xavier Bertrand avait souhaité être présent et, finalement, il ne peut l'être.

Aussi, a-t-il demandé au docteur Sandrine Buscail, membre de son Cabinet, de lire son intervention. La parole est donc à Sandrine Buscail.

*
**

D^r Sandrine Buscail

Je me réjouis d'être parmi vous à double titre, conseillère technique pour la médecine générale au cabinet de Xavier Bertrand et généraliste de formation, arrivée le 10 juillet pour valoriser le métier de médecin généraliste. Le Ministre, n'ayant pu participer à ce colloque aujourd'hui, me charge de vous lire son message.

Monsieur le Président, chers docteurs, Mesdames et Messieurs,

Je tiens tout d'abord à m'excuser de ne pouvoir être à vos côtés à l'occasion de cette journée consacrée à un sujet qui me tient, vous le savez, tout particulièrement à cœur.

Alors que l'Organisation mondiale de la Santé vante les mérites du système de soins français, certains indicateurs traduisent un véritable besoin de prévention dans notre pays. Nous connaissons ainsi la plus forte mortalité prématurée d'Europe après le Portugal et la Finlande, des disparités régionales élevées, par exemple la mortalité infantile est très faible en moyenne (3,6 ‰) mais elle dépasse 5 ‰ en Lorraine et dans le Nord-Pas-de-Calais et de 7,8 ‰ en moyenne dans les départements d'outre-mer.

Et les patients consultent parfois tardivement leur médecin traitant, c'est dire l'importance qui existe à développer la prévention et l'éducation pour la santé dans notre pays. Le médecin traitant est, pour nos concitoyens une personne ressource, le visage de notre système de santé. Les généralistes sont en contact annuellement avec 75 % de la population française. Le dialogue, les habitudes qui s'installent entre un médecin et son patient permettent à ces professionnels d'assurer une prise en charge globale de la personne sur le plan médical, mais aussi psychologique et médicosocial. Par sa proximité et son accessibilité, le médecin traitant est indéniablement un acteur-clé de l'éducation pour la santé au-delà du curatif.

À l'heure où nous réfléchissons à notre système de prévention pour demain, nous avons donc souhaité renforcer le rôle des médecins traitants dans ce dispositif dont ils sont le pivot. C'est d'ailleurs aussi ce que les patients attendent d'eux.

Cette journée consacrée à la consultation de prévention en médecine générale vient compléter la réflexion amorcée à l'occasion des États généraux de la prévention lancés en octobre dernier, et notamment sur la base du rapport d'étape du docteur Jean-François Toussaint (que je salue au passage, je le vois au fond de la salle) sur les stratégies nouvelles de prévention.

Cette réflexion va se poursuivre au cours des forums régionaux qui vont se dérouler à partir de ce mois-ci et lors des journées organisées par l'Institut national de promotion et d'éducation à la santé les 29 et 30 mars 2007.

La réforme de l'assurance maladie et la loi de santé publique en août 2004, ainsi que l'avenant 12 à la convention nationale des médecins ont dessiné le cadre juridique permettant de faire du médecin traitant un acteur privilégié dans la pratique préventive que nous construisons pas à pas en prévoyant notamment le développement des consultations médicales périodiques de prévention et de dépistage.

L'idée force de cette consultation de prévention, organisée avec les médecins libéraux, est de centrer la prévention sur la personne et de créer un temps propice, spécifiquement dédié, entre le patient et son médecin généraliste pour aborder sa santé et faire le nécessaire pour la préserver. Cette consultation chez le médecin généraliste sera, pour le patient, l'occasion d'apprécier avec lui son hygiène de vie, ses facteurs de risques et la probabilité qu'il a de souffrir de telle ou telle pathologie. Habitudes alimentaires, activité physique, facteurs héréditaires ou encore addictions pourront notamment être passés en revue lors de ce rendez-vous.

Nous travaillons aujourd'hui activement, en lien avec tous les acteurs concernés, à définir les modalités de mise en œuvre de ces consultations. Le rapport du professeur Joël Menard (je le salue également) sur la consultation périodique de prévention et celui du professeur Yvon Berland sur les transferts de tâches et de compétences ont proposé des pistes pour leur mise en œuvre et constituent une base de réflexion utile que nous prenons pleinement en compte.

Le plan Solidarité Grand Âge prévoit notamment la mise en place d'une consultation de prévention gratuite pour les personnes âgées de 70 ans afin de procéder au repérage précoce des troubles cliniques générés par les polyopathologies liées au vieillissement. Celle-ci sera expérimentée dès janvier prochain dans trois départements français, et généralisée, dès mi-2007, à l'ensemble du territoire.

Véritable rendez-vous santé réalisé par le médecin généraliste, elle aura pour but la détection précoce des risques et des maladies. Elle permettra aussi de dépister les facteurs de risques médicaux ou sociaux de la dépendance, troubles de l'équilibre, troubles de mémoire, facteurs favorisant l'ostéoporose, la dénutrition, l'isolement, la dépression, les chutes, l'incontinence. Elle devra permettre également la compensation des handicaps existants, le maintien de l'activité et la prévention de l'institutionnalisation.

Dans la même perspective, nous réfléchissons actuellement, en lien avec tous les acteurs concernés, à la mise en place d'une consultation gratuite pour les moins de 35 ans afin de construire un parcours de prévention adapté à chaque âge de la vie.

Votre journée, qui réunit tous les acteurs concernés, permettra à chacun de faire part de ses expériences, de ses acquis, de ses attentes, de ses propositions. Elle nous accompagnera dans le pas décisif que nous travaillons à franchir dans la mise en place du dispositif de prévention. Je prendrai très rapidement connaissance des perspectives qui seront tracées tout au long de cette journée et qui permettront, j'en suis convaincu, d'accélérer notre travail commun et d'aménager un dispositif adapté à l'activité quotidienne des médecins traitants et à la demande des patients.

Je vous remercie et je vous souhaite d'excellents débats.

*
**

Président de séance : Jean-François Collin

Notre séance s'ouvre avec un premier thème qui concerne le périmètre de la consultation de prévention. Vous avez vu que le champ peut être très large. Et donc, pour nous aider à définir les périmètres possibles, je donne tout de suite la parole à François Baudier, spécialiste de santé publique et, par ailleurs, directeur de l'URCAM de Franche-Comté.

POURQUOI UNE CONSULTATION DE PRÉVENTION ? ENJEUX POUR LES ACTEURS DE SANTÉ ? ENJEUX POUR LES USAGERS ?

François Baudier

Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Franche-Comté

Les organisateurs de ce séminaire m'ont donc demandé de répondre à la difficile question : *pourquoi une consultation de prévention ? Quels enjeux pour les acteurs de santé et pour les usagers ?*

Je développerai ma communication en quatre temps. Je vais tout d'abord rappeler des éléments de contexte, puis revenir très rapidement sur les fondamentaux de la prévention. Ensuite, je vais faire quelques constats à partir d'une des rares enquêtes qui existent sur les pratiques de prévention des généralistes dans notre pays, avec des résultats, d'ailleurs, assez contradictoires et surprenants. Enfin, je terminerai en évoquant certaines perspectives, ce qui permettra peut-être de lancer le débat pour cette journée organisée par la Société française de santé publique (SFSP).

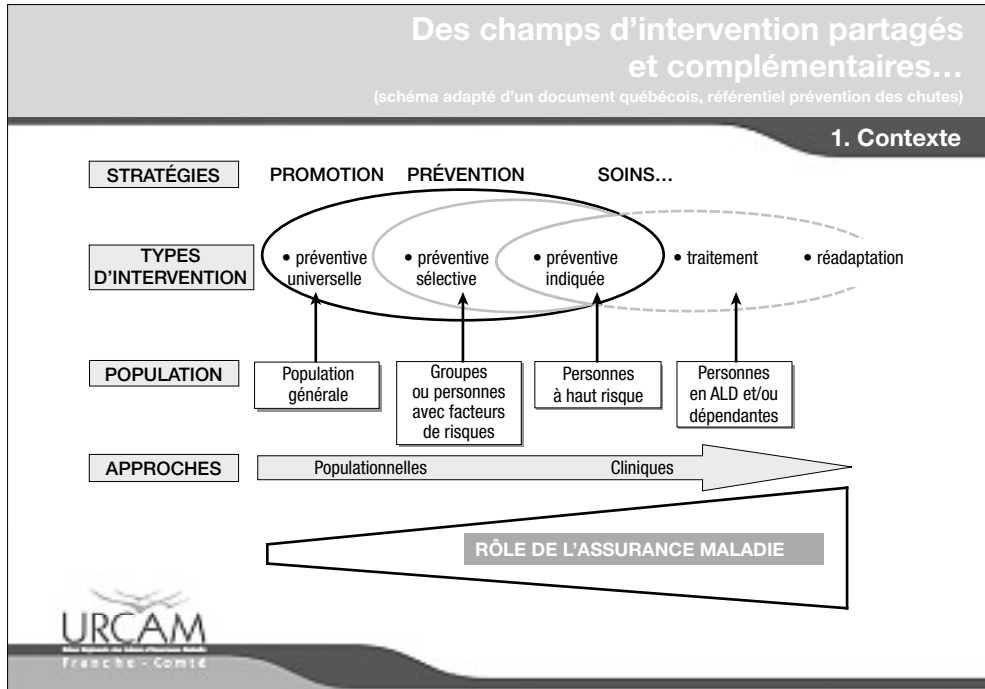
Un contexte en pleine évolution

Depuis plusieurs mois, nous essayons tous de trouver des points de convergence entre deux lois de santé qui datent d'août 2004. D'ailleurs, la SFSP avait organisé, il y a exactement un an, le 7 décembre, dans cette salle, un colloque sur ce thème.

La question que l'on peut se poser est la suivante : *la consultation de prévention en médecine générale peut-elle être un des points de rencontre entre la loi de santé publique et la loi de réforme de l'Assurance Maladie ?*

J'étais intervenu dans ce colloque de la SFSP, et j'avais terminé ma communication en présentant ce graphique issu d'une publication québécoise. Il montre le large spectre de la prévention, avec d'un côté, la promotion de la santé, puis la prévention et ensuite les soins. À travers ce schéma, on voit bien qu'il y a une prévention que l'on peut qualifier d'universelle. Elle s'adresse à tout un chacun et pas forcément à des gens malades. Plus on va vers la droite de ce schéma, plus on se dirige vers une prévention qualifiée de sélective et d'indiquée. Elle concerne en particulier les sujets atteints d'affections de longue durée.

Si je me positionne en représentant de l'Assurance Maladie, mes priorités et mon champ de compétence sont plutôt sur la partie droite du graphique, c'est-à-dire vers une prévention secondaire, voire tertiaire, une prévention plus médicalisée et proche des soins.

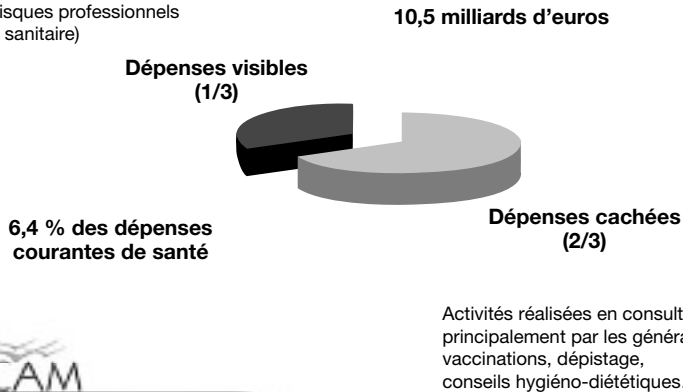


Dépenses de prévention en France 2002

(rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie 2004, dépenses de prévention et de soins par pathologie en France, Dress/Irdes, 2006)

1. Contexte

- Programmes spécifiques
type médecine préventive et dépistage
- Grands programmes de santé publique
(alcool, tabac, accidents...)
- Divers (risques professionnels
ou veille sanitaire)



URCAM
France - Conseil

Une dimension financière à ne pas négliger

En termes économiques, *quelles sont les dépenses de prévention en France ?*

La DRESS et l'IRDES ont publié, au cours de l'été 2006, une étude sur l'évaluation économique de la prévention dans notre pays. D'après ce travail, elle représente 6,4 % des dépenses courantes de santé, c'est-à-dire 10,5 milliards d'euros.

Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie a rendu un rapport sur la prévention en 2004. Il a différencié deux grands types de prévention. La prévention « visible » représente à peu près un tiers de cette somme. C'est en particulier tous les programmes développés par l'INPES, ceux liés aux risques sanitaires ou professionnels. Il y a aussi une part qualifiée de dépenses « cachées ». Elle correspond à la masse financière la plus importante, celle qui nous intéresse aujourd'hui, c'est-à-dire la prévention réalisée au sein des consultations des médecins généralistes : la vaccination, le dépistage, les conseils hygiéno-diététiques... Il est essentiel d'avoir en tête cet élément financier lorsque l'on aborde le thème de la consultation de prévention.

Ces dépenses « cachées » sont-elles efficaces ?

Pour tenter de répondre à cette question, j'ai pris un exemple. Il porte sur une comparaison entre, d'une part, la prévention spontanée individuelle, et d'autre part,

Dépistage du cancer du sein et équité

Progression de la prévalence des femmes ciblées par le dépistage
(« avoir une mammographie dans les 2 dernières années ») :

- 43,8 % en 1995
- 52,2 % en 2000
- 65,4 % en 2005

Entre 2000 et 2005 :

- le gain de prévalence (+ 16,4) est maximum parmi les femmes à revenus modestes (moins de 900 euros)
- l'écart de prévalence entre les plus modestes et les plus aisées a régressé (17,8 % vs 9,4 %) durant la même période.



Baromètre Santé INPES 2005
F. Baudier, C. Michaud (en cours de publication)

celle qui est organisée et collective. De ce point de vue, il est instructif de regarder ce qui s'est passé autour du dépistage du cancer du sein, puisque dans les années 95, lorsque le Baromètre santé a été lancé, il y avait majoritairement un système individuel et non organisé pour le dépistage de ce cancer. En 2005, dernière réalisation du Baromètre Santé, l'ensemble du territoire national était couvert par un dépistage organisé, donc par une prévention à dimension collective. Entre ces deux périodes, il y a eu une augmentation de la prévalence des femmes ciblées par le dépistage, ce qui est assez logique. Mais ce qui est surtout très intéressant, c'est qu'entre 2000 et 2005, le gain de prévalence a été maximum pour les femmes à revenus modestes et que l'écart de prévalence entre les plus modestes et les plus aisées a régressé durant la même période.

Au regard de ces résultats, il est donc possible de faire l'hypothèse qu'une prévention organisée collective est plus équitable qu'une prévention spontanée individuelle.

S'appuyer sur les fondements de la démarche de santé publique

Je l'ai dit en introduction, je reviendrais rapidement sur « les fondamentaux ». Je ne veux pas faire un cours de santé publique, mais je souhaite évoquer pendant quelques instants l'utilisation du terme « prévention ». Ce vocable est beaucoup employé depuis quelques années. Par exemple, le Comité français d'éducation pour la santé (CFES)

Des mots et des concepts dont il faut retrouver le sens

2. Fondamentaux

- **La santé** en référence à la définition de l’OMS
- **La santé publique** qui ne peut se réduire à la veille et à l’alerte sanitaires
- **La promotion de la santé** qui doit retrouver son vrai sens et sa véritable place dans les politiques de santé que l’on construit aujourd’hui

La consultation de prévention en médecine générale doit donc s’inscrire dans ce cadre plus global d’une démarche affirmée de promotion de la santé



La promotion de la santé



est devenu l'Institut national de « prévention » et d'éducation pour la santé (INPES). Plus récemment, des États généraux de la « prévention » ont été organisés.

À travers ce terme de « prévention », nous nous positionnons plus par rapport à la maladie que vis-à-vis de la santé. Ce constat doit nous interpeller. En effet, la mise en avant de ce terme par rapport à ceux de « santé publique » ou de « promotion de la santé » nous pose question sur les champs et les périmètres d'intervention que tous ces vocables recouvrent.

J'ai pris, par exemple, un extrait des recommandations du rapport d'étape, excessivement intéressant, sur les stratégies nouvelles de prévention (États Généraux de la Prévention ; Jean-François Toussaint ; 2006). Une des phrases dit : « *La Commission souligne l'enjeu que constitue le développement de la prévention et de la promotion de la santé.* ». Si j'avais eu à écrire ce texte, j'aurais mis d'abord « promotion de la santé » et ensuite « prévention », parce qu'il me semble que le terme de « promotion de la santé » est beaucoup plus global et que la prévention s'inscrit à l'intérieur du champ de la promotion de la santé. Elle n'en est qu'une composante, certes, importante mais partielle.

C'est ce que je rappelle dans cette diapositive, en revenant à la définition classique de l'OMS de « la santé » qui n'évoque pas la maladie. Aujourd'hui, nous avons un

Le dépistage de certains cancers : constat et évolution parmi les généralistes français

3. Constats

**Pratique ou prescription d'examen de dépistage
au cours du dernier mois en 1998 et 2002.**

Années	Pourcentage de médecins ayant prescrit ...		Nombre moyen d'examens par les prescripteurs	
	1998	2002	1998	2002
Mammographie	92,2 %	96,4 %***	4,8	6,0***
Frottis	83,2 %	79,8 %**	5,5	6,5***
HémocultII®	24,5 %	43,8 %***	2,5	3,5***
Radiographie du poumon	55,7 %	65,7 % ***	2,6	3,2***

** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.



Baromètre Santé médecin,
INPES, 2003, F. Baudier

peu l'impression que lorsque l'on parle de santé publique, cette dernière se réduit à la veille et à l'alerte sanitaire. Je voudrais me faire quelques secondes l'avocat de « la promotion de la santé », puisque c'est le 20^e anniversaire de la Charte d'Ottawa (1986-2006). Je souhaite que cette notion retrouve son vrai sens et sa véritable place dans la politique actuelle de santé. *Je vous propose que la consultation de prévention en médecine générale s'inscrive donc dans ce cadre plus global d'une démarche affirmée de promotion de la santé.*

Deux exemples révélateurs

La troisième partie de mon intervention porte sur « les constats ». Pour ce faire, je vais utiliser principalement les résultats du Baromètre santé Médecins réalisé en 2003. J'ai eu l'occasion de travailler sur deux thèmes, l'un autour du dépistage des cancers, l'autre à propos de la vaccination. C'est intéressant, parce que cela correspond à des domaines de prévention où la plupart des médecins généralistes se disent relativement à l'aise et investis dans ce champ assez médicalisé de la prévention.

Concernant le dépistage de certains cancers, un échantillon représentatif des généralistes français a été interrogé sur ses pratiques ou prescriptions d'examen de dépistage au cours du dernier mois. Ce travail a été fait en 1998 et renouvelé en 2002.

Les résultats montrent que pour la mammographie, il y a une augmentation du pourcentage de prescriptions. Pratiquement tous les médecins, au cours du mois qui vient de s'écouler, ont prescrit au moins un examen de dépistage pour le cancer du sein.

Par contre, pour le frottis, où les autorités de santé ont beaucoup hésité entre l'organisation d'un dépistage ou bien la persistance d'une démarche individuelle, la pratique a eu tendance à diminuer chez les médecins entre 1998 et 2002. On peut donc se poser la question de savoir, en cas de mise en place d'un dépistage organisé et généralisé sur le territoire français, si cette diminution se serait produite.

Deux résultats sont inquiétants. Ils portent sur HémocultII® et la radiographie du poumon. L'HémocultII® n'a d'intérêt que s'il est pratiqué dans un cadre organisé. Or, on voit qu'au cours du mois qui s'est écoulé, 24,5 % des médecins généralistes avaient prescrit ce test en 1998 et 43,8 % en 2002. Cette pratique est excessivement répandue et en progression alors qu'elle n'est recommandée que dans un cadre organisé. Pour la radiographie du poumon, elle n'est pas préconisée comme test de dépistage alors que la majorité des médecins pratiquent cet examen dans ce but. Les recommandations concernant le dépistage du cancer ne sont donc pas toujours suivies par les généralistes.

Le deuxième sujet porte sur la vaccination, à propos d'une enquête un peu plus ancienne (1998), portant sur la vaccination rougeole/oreillons/rubéole et le respect du calendrier vaccinal. Un peu moins d'un médecin sur deux (41 %) respecte les recommandations pour cette vaccination. Il y en a 3 % qui sont opposés à la vaccination et donc qui ne vaccinent pas suivant ces recommandations. Tous les autres, c'est-à-dire 56 % se disent favorables à cette vaccination mais ils ne vaccinent pas de manière systématique, en suivant les recommandations du calendrier vaccinal. On voit donc que sur ce thème, là aussi, les recommandations du calendrier vaccinal ne sont pas toujours suivies.

Des réponses qui questionnent

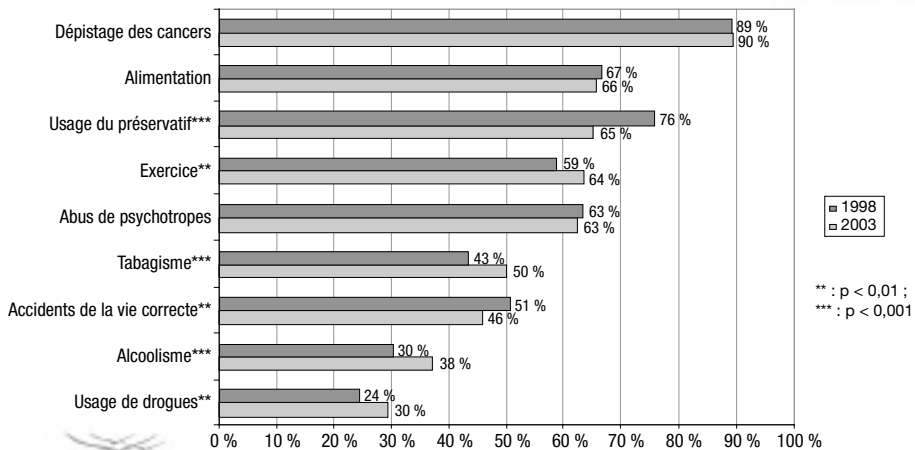
Les trois diapositives suivantes donnent à réfléchir quant à leur interprétation...

Il a été demandé aux généralistes leur sentiment d'efficacité pour changer des comportements dans différents domaines. Sur le dépistage des cancers, ils se sentent très efficaces, ce qui est assez logique. Dans un domaine relativement compliqué comme l'alimentation et la prise en charge diététique de leurs patients, les deux tiers ont le sentiment aussi d'être efficaces, ce qui peut paraître relativement étonnant !

Pour les addictions, leur sentiment d'efficacité est relativement mitigé sur le tabagisme et réservé par rapport à la consommation excessive d'alcool, alors que l'on sait que c'est un problème majeur dans notre pays.

Sentiment d'efficacité des généralistes à changer des comportements dans différents domaines

3. Constats



** : $p < 0,01$;
 *** : $p < 0,001$

URCAM
 Union Régionale des
 Médecins de la
 Franche-Comté

Baromètre Santé Médecins 2003
 Buttet P., Fournier C. (sous la direction Gautier A.)

Autre élément intéressant, il a été demandé aux généralistes quel était leur sentiment d'efficacité en matière d'éducation du patient. Trois pathologies avaient été retenues : l'hypertension artérielle, le diabète et l'asthme. Plus de 80 % des médecins se disent efficaces dans leur démarche d'éducation du patient autour de ces trois pathologies, alors que l'on sait qu'une démarche structurée de ce type est assez rare en cabinet si l'on veut suivre les recommandations de l'ANAES ou de la Haute Autorité de Santé.

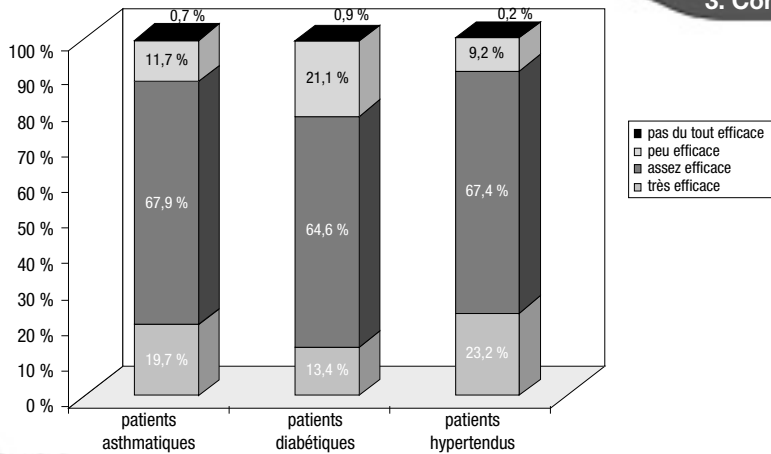
Les généralistes ont aussi été interrogés sur leur utilisation en cabinet de questionnaires préétablis d'aide au repérage des facteurs de risque ou au dépistage de pathologies. Deux tiers d'entre eux n'utilisent pas ces tests et pour ceux qui le font, seuls 7 %, pratiquent souvent ces investigations avec ce type d'outils. Les thématiques qui ressortent le plus fortement sont d'abord les pathologies psychiatriques, neurologiques mais aussi les maladies cardiovasculaires et leurs facteurs de risque. Par contre, le sommeil est rarement cité alors que des outils, comme l'agenda du sommeil, existent.

Dernier résultat, ce sont les principaux freins cités par les généralistes pour développer une démarche de prévention et d'éducation.

Ils mettent surtout en avant, la résistance des patients, ces derniers ne seraient pas très ouverts au dialogue sur la prévention. Lorsque l'on interroge les patients, ils disent à peu près la même chose concernant les médecins : leur généraliste n'aborde pas avec

Sentiment d'efficacité des généralistes en matière d'éducation du patient

3. Constats



URCAM
FRANCHE-COMTÉ

Baromètre Santé Médecins 2003
Buttet P., Fournier C. (sous la direction Gautier A.)

35,2 % médecins déclarent utiliser (dont 7 % souvent) des questionnaires préétablis (tests ou échelles) d'aide au repérage de facteurs de risques ou au dépistage d'une pathologie

3. Constats

Principaux thèmes

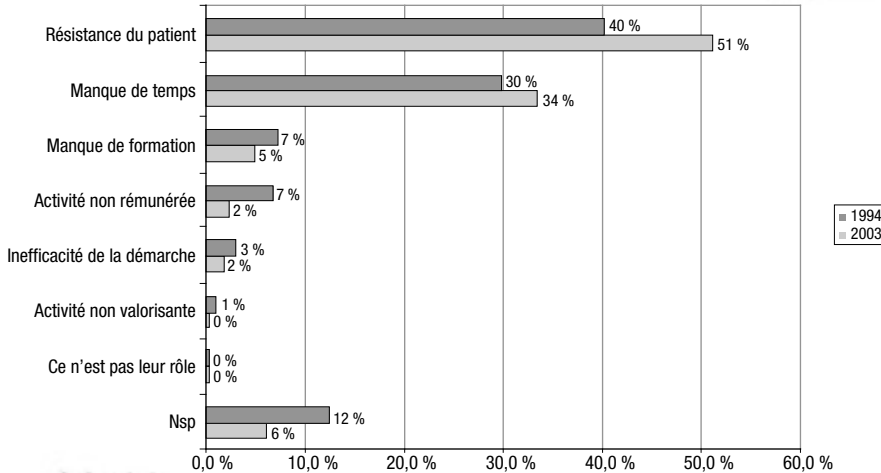
Dépression	22,9 %	Asthme	3,1 %
Tabac	17,9 %	Gériatrie	2,9 %
Alzheimer	17,7 %	Urologie	2,8 %
Mémoire	17,7 %	Pneumologie	2,3 %
Maladie cardio-vasculaire	16,3 %	Rhumatologie / ostéoporose	2,0 %
Douleur	12,9 %	Hypertension	1,9 %
Diabète	9,6 %	IST, VIH, Hépatite C	1,7 %
Cancers	9,3 %	Cholestérol	1,6 %
Neurologie	9,2 %	Psychiatrie	1,2 %
Dyslipidémies	7,3 %	Ménopause	0,9 %
Nutrition / Obésité	6,6 %	Endocrinologie	0,8 %
Prostate	6,2 %	Sommeil	0,7 %
Alcool	5,7 %	Sport	0,6 %
Gynécologie	4,3 %	Autres	2,0 %
Problème digestif	3,6 %	Nsp	1,2 %

URCAM
FRANCHE-COMTÉ

Baromètre Santé Médecins 2003
Buttet P., Fournier C. (sous la direction Gautier A.)

Principaux freins cités par les généralistes pour développer une démarche de prévention/éducation

3. Constats



URCAM
FRANCHE-COMTÉ

Baromètre Santé Médecins 2003
Buttet P., Fournier C. (sous la direction Gautier A.)

eux ce thème de la prévention ! C'est pour rompre cette absence de dialogue, qu'il y a quelques années, nous avons créé des outils, qui existent toujours, appelés « Ouvrons le dialogue ». Le manque de temps arrive en deuxième position. Le fait que cette activité ne soit pas directement rémunérée, ne semble pas un frein majeur.

La prévention n'a d'intérêt que si elle est organisée

Dans la dernière partie de mon intervention, je voudrais donner quelques perspectives.

Je crois que la consultation de prévention, en médecine générale, ne peut être une mesure ponctuelle. Elle doit s'inscrire, au niveau de l'État, dans une politique qui trouve un juste équilibre entre une démarche individuelle et une approche plus collective de santé. Elle doit aussi s'intégrer au sein de mesures cohérentes prises aux différents âges de la vie.

En ce qui concerne l'Assurance Maladie, la consultation de prévention doit prendre sa place dans le *continuum* de suivi assuré par le médecin traitant. Il faut aussi trouver une articulation avec les examens périodiques de santé proposés par les différents régimes d'Assurance Maladie.

Enfin, pour les assurances complémentaires, et plus spécifiquement la Mutualité Française, la consultation de prévention doit s'intégrer dans le parcours de santé.

Au total, la consultation de prévention ne peut pas être une mesure ponctuelle et isolée, elle doit participer à l'évolution de notre système de santé. Mais comment ?

Il faut rappeler que le processus de prévention est par essence complexe. Le médecin généraliste est plus orienté vers une approche curative. C'est vrai qu'il y a rarement une demande explicite de la part du patient dans le champ de la prévention. Par ailleurs, quand il y a des bénéfiques, ils correspondent à des non-événements. Lorsque vous êtes dans une démarche curative, au bout du processus, il y a souvent la guérison. À la fin de la démarche préventive, il y a une maladie évitée, c'est-à-dire un non-événement.

Nous l'avons déjà dit, la consultation de prévention individuelle n'a d'intérêt que si elle est organisée dans un cadre collectif et si elle respecte des référentiels. Beaucoup d'entre eux existent, mais ils ne sont pas toujours appliqués (voir plus haut les exemples du cancer et de la vaccination).

Cette consultation de prévention pose aussi la question de nouveaux modes d'organisation des soins. Est-ce que le paiement à l'acte est particulièrement adapté ? Le forfait, la capitalisation ne sont-ils pas plus intéressants ?

Il y a, à l'heure actuelle, des espaces nouveaux dans l'organisation des soins, je pense aux réseaux de santé ou aux maisons médicales pluridisciplinaires qui sont sans doute des terrains d'expérimentation prometteurs. Quelle place pour la consultation de prévention ?

Cette consultation fait souvent appel à l'éducation thérapeutique du patient. On a vu tout à l'heure que même si les médecins étaient assez ouverts à ce mode de pratique, il y a là tout un travail de formation qui doit être opéré.

La délégation de tâches est aussi une vraie question. La consultation de prévention n'est pas seulement l'affaire du généraliste, mais c'est aussi celle d'autres professions de santé. Je pense en particulier aux infirmières, aux diététiciennes, aux kinésithérapeutes...

Mettre en place des consultations de prévention, c'est bien, mais il y a tout l'aval de la prévention. Si vous détectez une hypercholestérolémie, si cette personne a besoin de retrouver une certaine activité physique, il faut travailler avec des diététiciennes, des psychologues, des éducateurs médico-sportifs. Or, à l'heure actuelle, ils ne sont pas pris en charge dans le cadre de l'organisation de la médecine ambulatoire.

Enfin, dernier élément de réflexion, la question de l'outil de recueil d'informations et tout ce qui tourne autour de l'informatisation des médecins : utilisation du dossier médical personnel, logiciels de prévention. Il y a là encore beaucoup de chemin à parcourir...

En conclusion, je voudrais dire qu'il faut trouver un juste équilibre pour le médecin traitant entre :

- son activité de soins ;
- un *continuum* de suivi préventif qu'il doit assurer avec d'autres professionnels de santé (1^{re} priorité, à organiser et à structurer) ;
- des actions de prise en charge plus collectives (2^e priorité) ;
- d'éventuels rendez-vous à des âges-clés (3^e priorité ; processus plus secondaire et destiné à des populations spécifiques).

Ces orientations devraient pouvoir rendre plus équitable une offre de prévention individuelle dans une véritable perspective de promotion de la santé.

*
**

Président de séance : Jean-François Collin

Je remercie François Baudier de nous avoir présenté ce panorama du champ de la prévention et des multiples questions qu'il pose. Et je vais donner tout de suite la parole à M^{me} Marie-Christine Keters qui est responsable du Département de prévention et d'information des assurés à la Caisse nationale d'assurance maladie.

LA PRÉVENTION DANS LE CADRE DE LA RÉFORME DE L'ASSURANCE MALADIE : LES NOUVELLES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Marie-Christine Keters

Direction des assurés, CNAMTS

Après ces propos très développés de François Baudier, je ferai un exposé plus court dans la mesure où un certain nombre d'éléments de ma présentation rejoignent les réflexions qu'il a évoquées.

Mon propos consistera essentiellement à vous éclairer sur le positionnement de l'assurance maladie dans la politique de prévention : quelles sont ses priorités, comment contribue-t-elle à la promotion de la démarche de prévention des professionnels de santé ?, en explicitant à cette occasion le point de vue de la CNAMTS sur la consultation de prévention.

L'assurance maladie est une « entreprise » aux missions de service public variées, la première mission étant bien sûr de garantir aux assurés l'accès aux prestations maladie et maternité dans le cadre des remboursements des soins. C'est sa mission essentielle.

Mais les textes lui confient également une mission de prévention, pour la maladie – comme pour les risques professionnels bien entendu également –, et une mission d'orchestration de la régulation médicalisée. Il lui appartient traditionnellement de garantir également un revenu de remplacement en cas d'arrêt de travail. Cette mission correspondait à l'origine à une part très importante de ses dépenses, beaucoup plus restreinte aujourd'hui, compte tenu de l'augmentation du coût des soins.

Les enjeux de la prévention, François Baudier en a parlé assez longuement ; je ne vais pas y revenir de manière détaillée.

Ses spécificités, c'est qu'elle s'adresse à des personnes bien portantes, donc sans demande ; qu'elle est de nature probabiliste et que cela implique de s'appuyer sur des études épidémiologiques régulièrement réévaluées pour être sûr de définir la bonne cible, l'action la plus pertinente.

Son application est complexe. Alors que dans le curatif, il y a une obligation de moyens, là, on a une obligation de résultat : il faut, en termes collectif, que l'action de prévention soit efficace, et que sa mise en œuvre respecte l'équité. C'est ce que disait aussi François, il est impératif qu'elle ne s'adresse pas seulement aux personnes déjà les plus attentives à leur santé, mais arrive bien à cibler les populations plus éloignées du système de santé.

À cela s'ajoute une dimension éthique – j'entendais encore le professeur Didier Sicard évoquer récemment cette question – qui pose la question de savoir quelle est l'utilité d'un dépistage si on ne sait pas prendre en charge correctement la pathologie, si on ne sait pas instaurer un suivi qui soit pertinent. Et quel est le poids des facteurs négatifs, que ce soit celui de l'anxiété, ou le dilemme de prise de décision (je pense au dépistage, par exemple, prénatal) induits par le développement de démarches de prévention.

Donc, il y a une obligation, dans la prévention, d'une rigueur extrême, à la fois dans la mise en œuvre, mais aussi dans la mesure de l'avantage par rapport au risque, ce risque devant être mesuré de façon tout à fait complète, pas seulement en termes médical, mais dans son approche en termes psychologiques, en termes de relations familiales et sociales, etc.

J'ai dit quel a prévention était un champ d'intervention pour l'assurance maladie. L'Assurance Maladie situe essentiellement sa contribution à la prévention maladie dans le cadre de la prévention médicale, celle qui s'exerce dans le système de soins.

En effet, il y a tout un pan de la prévention qui concerne l'environnemental et le culturel ; il n'entre pas dans le champ direct des possibilités d'action de l'assurance maladie. Toutefois, cette restriction n'exclue pas l'aspect comportemental des patients puisqu'il y a dans ce domaine qui est celui de l'éducation en santé, une possibilité d'intervention des acteurs de soins, que ce soient les médecins comme d'autres professionnels de santé ou professionnels sociaux pour lesquels l'assurance maladie peut être incitatrice, voire peut jouer un rôle d'accompagnement.

Enfin, l'action en prévention fait partie intégrante de la politique de gestion du risque. Vous savez que c'est toujours le grand débat : est-ce que la prévention converge avec une politique d'économie ou pas ? Je dirai que la recherche d'économie n'est pas du tout le ressort premier de l'action en prévention. D'ailleurs, il n'est pas établi, en définitive, que la prévention fasse faire des économies à l'Assurance maladie, même si certaines actions de prévention, bien sûr, sont établies à partir des non événements, le fait d'éviter une maladie ou une complication permettant d'éviter aussi des dépenses. Mais sur le long terme et dans une perspective de vie complète, on ne peut pas considérer qu'il en résulte forcément une économie, et là n'est pas le propos.

Par contre, le propos en termes de gestion des risques, c'est de faire en sorte que la prévention soit bien ciblée sur les actions les plus efficaces, celles dont on sait que les résultats sont prouvés. Et donc, il s'agit bien de faire converger des actions dont la perspective est d'offrir un meilleur état de santé avec des actions qui permettent le plus possible d'éviter des soins coûteux.

En ce sens, vous comprendrez que l'assurance maladie met particulièrement l'accent, dans son approche de la prévention, sur les maladies chroniques, celles pour lesquelles les complications peuvent être évitées alors qu'elles entraînent, si elles interviennent, des dépenses extrêmement coûteuses.

Quel est le cadre dans lequel peut s'exercer l'action de l'Assurance Maladie en matière de prévention ?

La politique de prévention de l'assurance maladie s'inscrit dans un cadre nouveau depuis 2004. François en a parlé aussi en se demandant ce qui était à l'intersection de la loi de santé publique du 9 août et de celle du 13 août 2004. Pour rappeler brièvement, mais sans m'étendre, sur la loi du 9 août 2004 : elle a permis de définir des objectifs de santé publique, de définir des plans stratégiques qui sont arrêtés par les pouvoirs publics, de mettre en œuvre un dispositif déconcentré (les GRSP qui sont en pleine mise en place actuellement), d'instaurer un dispositif de formation continue pour les professionnels de santé qui devienne plus coercitif et surtout qui fasse place à des enseignements d'éducation en santé, et un positionnement des professionnels plus marqué dans des actions de prévention.

En ce qui concerne la loi du 13 août, elle instaure la coordination des soins, assurée par le médecin traitant. Elle a donné lieu au dispositif conventionnel du parcours de soins que vous connaissez bien maintenant. Elle introduit également : la protocolisation des soins dans les pathologies chroniques, ce qui permet d'avoir une meilleure maîtrise de la coordination et de la continuité des actions ; et enfin, la possibilité pour l'assurance maladie d'intervenir dans le champ de l'information des assurés.

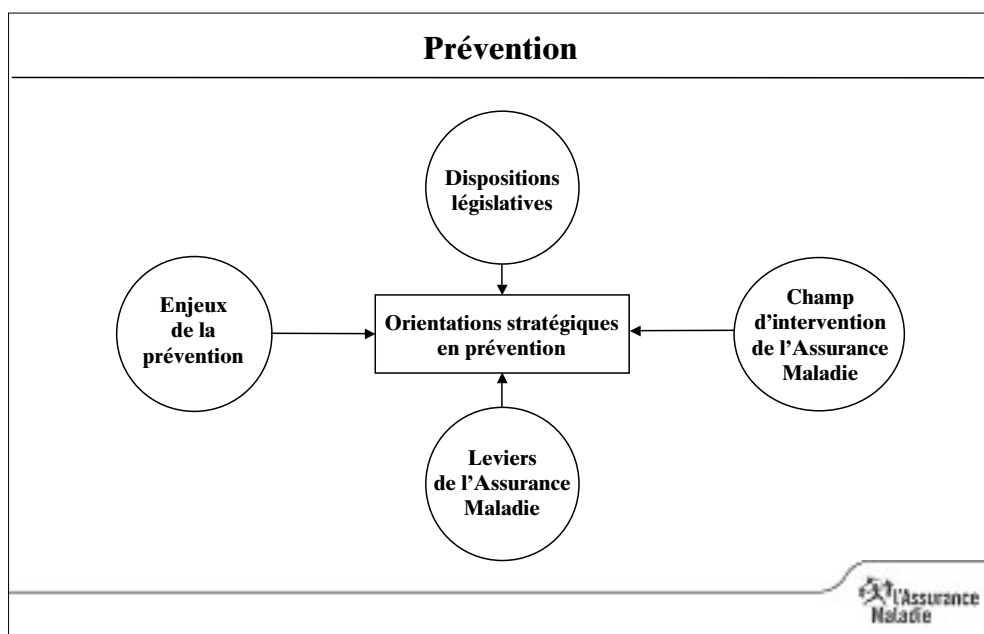
C'était une revendication de l'assurance maladie, pour faire en quelque sorte contre-poids de certains groupes de pression, qui était exprimée depuis longtemps et qui a été inscrite dans la loi. L'assurance maladie peut donc intervenir désormais pour informer les assurés, non seulement sur les modalités de prise en charge, mais également sur le système de soins, et être un relais sur les messages en Santé, les dispositifs de prévention organisés, et intervenir de manière à terme sans doute plus proactive vis-à-vis de ses assurés dans le cadre d'une aide pour eux à la bonne observance de leur traitement.

A été introduite également la possibilité de dispositifs d'incitation financière. J'en donnerai un exemple : le dispositif de prévention bucco-dentaire qui permet, si les enfants et les adolescents concernés réalisent l'examen buccodentaire qui leur est proposé gratuitement, de bénéficier de la prise en charge du ticket modérateur des soins de suite pendant 9 mois.

Avec le rôle de l'HAS en matière d'élaboration de référentiels qui peuvent concerner des mesures de prévention et d'éducation thérapeutique, et le partage des informations de santé entre les professionnels : on a là un ensemble cohérent de mesures permettant une meilleure prise en charge du patient par les professionnels de santé, plus précoce et mieux coordonnée, mais également une meilleure prise en charge par l'assuré lui-même de sa santé et des informations la concernant.

Les leviers de l'assurance maladie pour intervenir dans la prévention sont multiples. D'abord, c'est le principal financeur de la prévention. François a rappelé les chiffres qui étaient en question, chiffres qui ne sont pas limités, bien sûr, à ce qui est bien connu et visible, donc les campagnes de dépistage, les campagnes de vaccination, etc., mais également tout ce qui est inséré même dans le dispositif d'offre de soins et qui passe par des actions régulières de dépistage, d'éducation, etc. On peut penser à la prise en charge des frottis, des vaccins, des analyses, etc.

Elle dispose d'un réseau d'organismes permettant le maillage du territoire : c'est le cas de ses caisses d'assurance maladie qui peuvent relayer, de manière tout à fait fine sur le territoire, des messages d'éducation en santé, d'information, de prise en charge et participer à des actions locales de santé sur le terrain. C'est aussi le cas des centres d'examen de santé dont on vous reparlera, je crois, cet après-midi et dont l'objectif est d'intervenir de manière tout à fait complémentaire avec les dispositifs qui sont mis en œuvre par ailleurs, notamment *via* le médecin traitant, dans le cadre de la



prévention et de l'accès de tous, y compris des populations les plus éloignées du système de santé, à la prévention.

L'autre levier très important de l'assurance maladie, c'est son rôle de négociation d'accords avec les professionnels de santé, puisque c'est là qu'elle intervient dans le cadre des échanges avec les représentants des professionnels de santé, pour faire évoluer avec eux la pratique médicale. Et l'illustration en est donnée là avec l'avenant n° 12 qui est extrêmement important dans le domaine de la prévention, puisque c'est celui qui introduit dans le cadre du dispositif Médecin traitant un rôle réaffirmé pour le médecin de prise en charge de la prévention, avec des engagements qui lui sont demandés et qui viendront progressivement s'enrichir. J'en reparlerai tout à l'heure.

Enfin, l'assurance maladie, depuis 2004, a un poids plus important dans les décisions relatives à la prise en charge financière des dépenses de santé. C'est le directeur de l'UNCAM qui arrête les taux de remboursement des médicaments. Elle contribue de manière plus importante aux décisions d'inscription des actes et de fixation des tarifs.

Les orientations stratégiques de prévention de l'assurance maladie sont donc au confluent de dispositions législatives qui ont été rappelées, des enjeux que je vous ai situés, du champ d'intervention défini pour l'assurance maladie traditionnellement et des leviers qu'elle peut mettre en œuvre. Ces orientations stratégiques ont été définies dans le cadre d'une large réflexion, par son conseil et votées le 1^{er} septembre 2005.

Elles consistent bien entendu à contribuer à la mise en œuvre de la politique de prévention coordonnée par l'État, parce que les textes le lui imposent, mais aussi parce qu'il est complètement logique d'avoir une action totalement coordonnée et qui cible les mêmes objectifs.

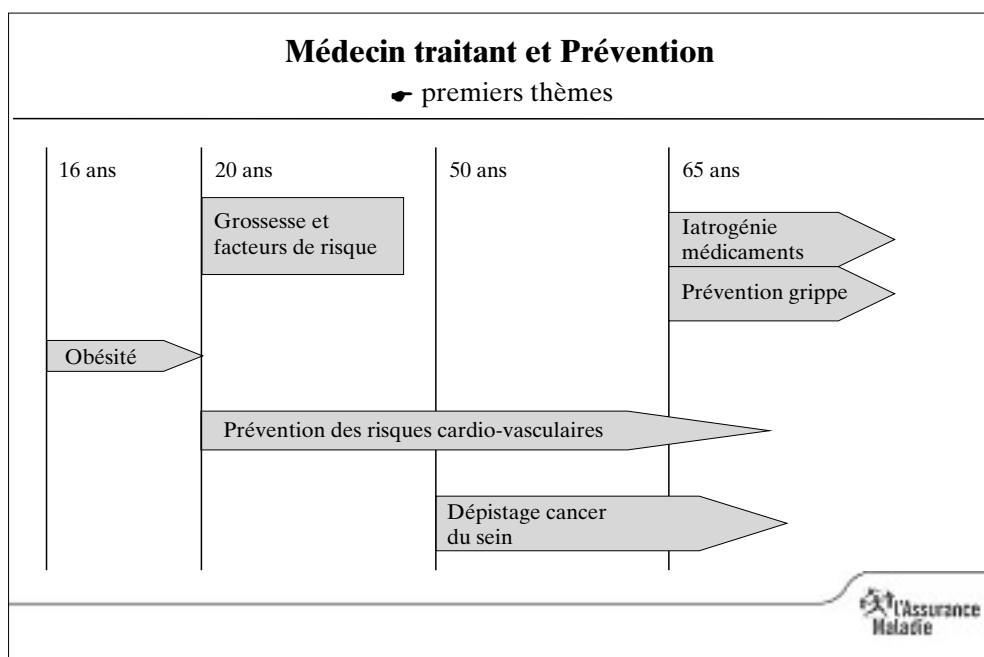
Elles visent également le développement de programmes de prévention personnalisée (cette orientation connaissant un début d'application avec l'avenant 12 dont je viens de parler), l'accompagnement des pathologies lourdes (je vous ai indiqué que c'était son champ de prédilection dans le cadre de son intervention en prévention, compte tenu de ce que représentent les dépenses relatives aux malades ayant des pathologies lourdes et tout l'enjeu d'évitement de complications qu'il peut y avoir) ; et enfin la lutte contre les inégalités de santé, ce qui veut dire permettre à tous ceux qui sont le plus éloignés du système de santé d'accéder aux dispositifs de prévention.

Dans ce cadre-là, l'assurance maladie intervient directement dans la mise en œuvre de programmes de dépistage organisés. Je n'y reviendrai pas : vous connaissez le programme de dépistage organisé du cancer du sein qui est généralisé depuis maintenant quelques années, celui du dépistage du cancer colorectal qui va se généraliser cette année et celui du dépistage néo-natal en maternité, maintenant complètement entré dans les mœurs. J'ai évoqué également le programme de prévention bucco-dentaire récemment rénové et amplifié.

L'assurance maladie intervient, non seulement par la mise en œuvre d'actions spécifiques, mais avec des financements spécifiques, puisque outre les actes préventifs financés sur le risque, il existe un fonds consacré explicitement à la prévention (le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information en santé) qui lui permet également d'allouer des subventions à des organismes œuvrant dans le domaine de l'éducation en santé (INPES par exemple) et de soutenir des actions d'initiative locale.

J'en viens plus précisément au dispositif du Médecin traitant : il consiste bien entendu dans le suivi et la coordination des soins. C'est lui qui a la meilleure connaissance de l'historique médical du patient, et tout est fait dans la loi de 2004, notamment avec le projet de mise en place du dossier médical personnel, pour essayer de renforcer cette possibilité de connaissance complète qui redonne au médecin traitant le rôle du médecin de famille d'autrefois, qui connaissait les différents épisodes de santé du patient, son contexte de vie, l'histoire de sa famille... Cette situation le met en position d'être l'acteur essentiel, nous semble-t-il, de la prévention.

Dans cet objectif, l'avenant n° 12 à la convention médicale a introduit, dans la pratique du médecin traitant, une obligation d'intervention sur le champ de la prévention qui a été ciblée sur des actions relativement faciles, on va dire, pour démarrer, avec l'objectif d'enrichir progressivement ce rôle. Vous avez un tableau qui vous présente les différentes actions qui ont été prévues dans le cadre de l'avenant



n° 12 et qui concernent un peu toutes les tranches de vie. Il s'agissait d'inscrire déjà un certain nombre « d'attentions » vis-à-vis d'actions de prévention en lien avec les facteurs de risque principaux aux différents âges de la vie.

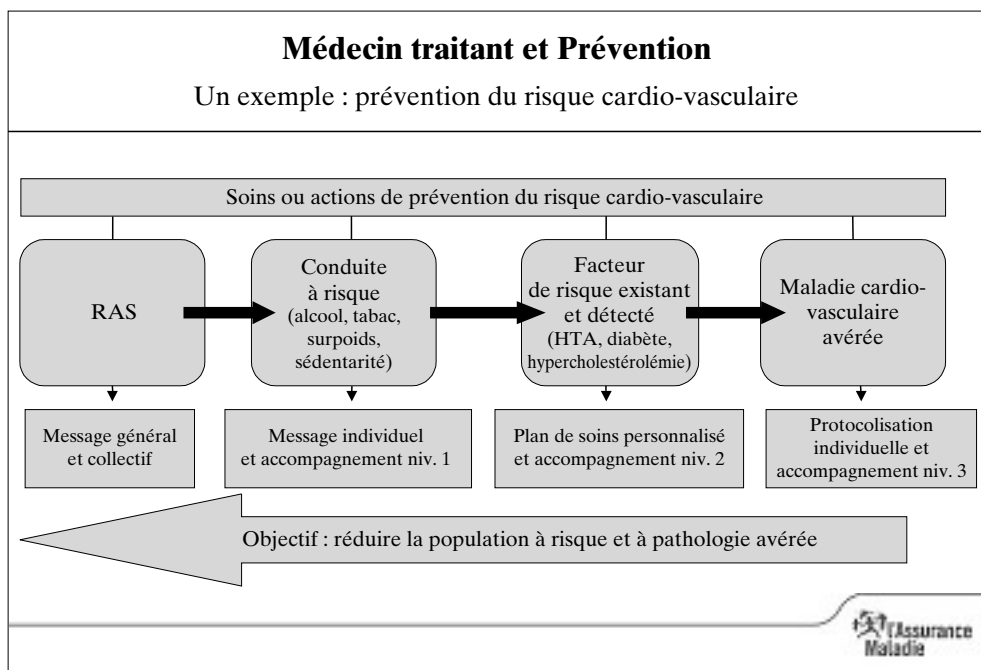
La première action concerne l'obésité de manière la plus précoce possible ; le schéma indique « à partir de 16 ans », parce que l'obligation de médecin traitant n'existe pas avant, mais bien entendu l'idée est d'être attentif au risque d'obésité le plus tôt possible.

Facteurs de risque de la grossesse et prévention des risques cardiovasculaires ; dépistage du cancer du sein pour les femmes à partir de 50 ans.

Et à partir de 65 ans, une attention très importante sur la iatrogénie médicamenteuse dans laquelle s'inscrit d'ailleurs l'action de promotion de vaccin antigrippal pour les personnes âgées et pour les personnes en ALD.

Sur ces différentes actions, trois ont été mises en œuvre en 2006 : promotion du dépistage organisé du cancer du sein, iatrogénie médicamenteuse et, dans le cadre de la prévention des risques cardiovasculaires, un ciblage particulier a été réalisé sur la prise en charge du diabète.

Il ne s'agit pas seulement de « bonnes intentions ». Bien entendu, dans l'avenant n° 12, seules trois actions ont été mises en œuvre à ce jour ; c'est donc un démarrage en



douceur. Mais les actions prévues sont précisément décrites en annexe avec le rôle attendu du médecin. Il ne s'agit donc pas seulement de leur dire : « Faites attention à ça ! », il s'agit de définir exactement ce qu'ils doivent faire et de définir les indicateurs qui permettront de mesurer si on a une amélioration sur ces éléments.

Donc, il y a un suivi de l'engagement des médecins dans le rôle de prévention qui leur est confié. C'est le taux de participation, par exemple, des femmes de 50 à 74 ans au dépistage organisé du cancer du sein. Pour les patients diabétiques, ce sont des indicateurs issus des recommandations de la Haute Autorité, et pour les patients de plus de 65 ans, le suivi des délivrances médicamenteuses de l'année, ainsi que le taux de vaccination antigrippale.

Enfin, ces actions sont accompagnées, puisque le médecin traitant, dans ses actions de prévention, bénéficie d'échanges confraternels avec les médecins conseils – c'est le cas sur la iatrogénie médicamenteuse –, de visites des délégués d'assurance maladie avec mise à disposition de mémos, donc de synthèses des référentiels, et bientôt, je ne vais pas dire de profils, mais de retours d'information sur ce qui se passe pour eux dans le cadre de leur clientèle et des évolutions qui sont constatées et qui sont éventuellement encore attendues.

Un dernier schéma illustre le rôle attendu du médecin traitant dans l'exemple de la prévention du risque cardiovasculaire.

Dans la chaîne décrite de situations de plus en plus graves, l'objectif est bien d'inscrire des actions de prévention relevant du médecin traitant, adaptées à chaque situation et permettant d'éviter la dégradation possible, ou de la retarder le plus possible. On voit que l'action de prévention au départ relève d'un message général et collectif, qui est celui par exemple de l'INCa, de l'INPES, etc. ; dans le deuxième cadre, un message individuel et un accompagnement de premier niveau sont requis, puis des plans de soins personnalisés avec un accompagnement de niveau 2, et enfin une protocolisation individuelle et un accompagnement de niveau 3.

Ce qui reste à bâtir et compléter, c'est bien sûr la nature précise de cet accompagnement. Et il passe par le fait d'avoir des structures disponibles, bien entendu, d'avoir des professionnels de santé variés qui peuvent assurer un relais, dans le cadre d'une coordination par le médecin traitant et d'avoir une continuité de prise en charge.

En conclusion, je citerai cette phrase du rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie que vous connaissez sans doute bien : « il ne peut y avoir de prévention efficace s'il n'y a pas de continuité, suivi du patient, coordination des intervenants, formation spécifique des professionnels et évaluation des résultats ». Donc, quatre facteurs de réussite, nous semble-t-il, pour ces consultations de prévention vues dans cette conception large : c'est un système de soins organisé ; c'est une programmation des actions ; c'est une approche partenariale privilégiée ; et c'est surtout une démarche continue.

C'est en cela que si les consultations ponctuelles, dédiées à la prévention, peuvent être dans certains cas souhaitables pour certains âges, certains types de population, cela n'est pas suffisant. Il faut qu'il y ait un repérage continu qui ne soit pas seulement à des âges clés et surtout qu'il y ait un suivi, une prise en charge et un accompagnement.

*
**

Président de séance : Jean-François Collin

Je remercie M^{me} Keters qui a accepté d'intervenir pour remplacer, de manière impromptue, M^{me} Lessellier, la personne de son Département prévue et empêchée. J'ai bien noté aussi que ce Département s'appelait Prévention et information des assurés, donc en référence à la loi mentionnée précédemment.

Bien qu'on soit en retard, la discussion est ouverte pour quelques minutes. Donc, si vous avez des questions...

Vincent Pachabezian

Médecin généraliste

Deux remarques : vous avez présenté une diapositive sur l'augmentation du dépistage du cancer du sein. Clairement, il apparaît que le médecin généraliste est informé aussi par les campagnes de santé publique, par les campagnes générales auprès de la population. Et ça, c'est un élément fondamental, puisqu'à partir de ce moment-là, la formation continue ou la formation initiale a finalement un poids relativement mineur compte tenu de ce que vous avez montré sur l'hémocult et le dépistage par les radiographies des poumons.

Donc là, je m'appuierai vraiment sur un point important, c'est la place de l'information de la population, de l'information du grand public qui influe aussi sur le médecin généraliste.

Deuxième remarque, la médecine générale, ce n'est pas que le médecin généraliste, effectivement, c'est un ensemble d'acteurs. Et cet ensemble d'acteurs, il doit être coordonné, et effectivement la place, là, des réseaux de santé me semble essentielle, parce que le médecin généraliste ou le médecin traitant – on ne va pas rentrer dans le débat aujourd'hui – ne peut pas, compte tenu du temps dont il dispose aujourd'hui, compte tenu du temps dont il disposera demain, puisque vous savez que les acteurs de santé, et en particulier les médecins, sont en diminution très importante, il ne pourra pas tout faire. Et la place de cette coordination, elle est vraiment dévolue au réseau de santé. Merci.

Président de séance : Jean-François Collin

Je pense que c'est un commentaire qui n'appelle pas nécessairement de réponse. Si ? Madame Keters vous répond.

Marie-Christine Keters

Je dirai peut-être une chose. Sur les réseaux de santé, je suis tout à fait convaincue, et puis c'était mon rôle précédent de m'occuper du développement des réseaux de santé.

Ceci étant, il y a une réflexion quand même importante par rapport à ça, c'est que tels qu'ils sont conçus, on pourrait dire que les réseaux de santé sont des Rolls-Royce pour un certain nombre de personnes dans le cadre de la prise en charge coordonnée. Mais ils ne touchent qu'une très, très, très petite partie de la population qui devrait bénéficier de ces éléments de coordination tout aussi bien d'actions de prévention que d'actions curatives.

Et donc, l'un des enjeux que l'on va avoir aujourd'hui, c'est de faire en sorte que la démarche initiée dans les réseaux de santé et les concepts qui sont à la base puissent, peut-être en se simplifiant, parce que je ne suis pas sûre qu'on puisse mailler totalement et complètement le territoire de choses aussi ambitieuses que les réseaux de santé, mais qu'en tout cas il puisse y avoir effectivement un relais qui permette, à l'ensemble de la population, d'accéder aux fondamentaux qui président aux réseaux de santé.

François Paré

Médecin généraliste, département de médecine générale d'Angers

Il y a deux mots que j'ai notés, ce sont les référentiels et, d'autre part, l'éthique.

Les référentiels qu'utilisent les médecins généralistes, ce sont ceux de l'HAS, donc par exemple celui de Lille pour le cancer du col et puis celui qui a été écrit par l'HAS et l'AFU pour le cancer de la prostate.

Les médecins généralistes utilisent ces référentiels, par contre, les professionnels de la gynécologie et de l'urologie utilisent leurs propres référentiels. Vous voyez bien la difficulté dans laquelle peuvent être les médecins généralistes dans l'application des référentiels si les référents de la profession n'utilisent pas les référentiels établis par l'HAS.

Pour ce qui est de l'éthique, moi, je me pose la question... quel est le caractère éthique du référentiel de l'AFU sachant que la plupart des pays ne préconisent pas le dépistage systématique du cancer de la prostate, contrairement à l'AFU. C'est ma première remarque.

La deuxième remarque est celle qui a déjà été un peu abordée par mon collègue médecin généraliste. Les médecins généralistes sont peut-être peu nombreux (dans l'assistance), mais ils vont peut-être parler beaucoup aujourd'hui, je le souhaite. La deuxième remarque, c'est celle du médecin traitant et du médecin référent.

Les médecins référents, avaient montré, par leur pratique, qu'ils étaient plutôt de bons élèves. Ils étaient payés pour cela. Désormais, le statut de médecin traitant n'accorde plus de rémunération spécifique pour les gestes de santé publique. Il y a des raisons de penser que cela démobilise les gens qui étaient plutôt des bons élèves et que le médecin traitant, pour l'instant tout au moins, vu l'absence de rémunération spécifique, ne fera pas venir ceux qui n'étaient pas les meilleurs élèves du lot. Voilà mes deux remarques.

Président de séance : Jean-François Collin

Qui veut répondre ?

Marie-Christine Keters

Sur les référentiels, je laisserai parler François Baudier. Par contre, sur l'aspect médecin référent : oui, bien sûr, c'était sans doute les plus motivés qui intervenaient dans ce système, mais dans la négociation de la convention, on était face, manifestement, à un problème économique, à un problème financier de généralisation d'une telle démarche. Et le dispositif Médecin traitant qui a été trouvé essaie, là aussi, de donner au plus grand nombre des médecins cette logique d'intervention dans la prévention et d'essayer de le faire rentrer sans doute derrière le modèle des bons élèves du médecin référent. En tout cas, c'est ça, l'enjeu.

Quant à la rémunération, il y a une rémunération pour la coordination des soins, vous le savez, dans le cadre du protocole ALD spécifique, qui est un premier petit pas sur une rémunération un peu forfaitaire.

D'autre part, je rappellerai quand même que la négociation qui a permis la revalorisation à 21 euros a été basée sur cette demande d'intégration dans la pratique du médecin de cette activité, en tout cas de cette démarche de prévention.

Donc, ce n'était qu'1 euro, mais c'était 1 euro pour l'ensemble des médecins généralistes.

Olivier Rozan

Médecin généraliste adhérent à MG France, médecin référent aussi

Je vais enfoncer un petit peu le clou sur ce qui a été dit.

Donc, effectivement, cette consultation de prévention ponctuelle, vous l'avez dit, peut avoir un effet, pour certains patients qui ne viendraient pas en consultation. Mais comme on avait dit en introduction, 75 % des patients viennent chaque année voir les médecins généralistes, donc c'est très limité, comme action.

Par contre, l'action continue sur le temps des médecins généralistes dans la prévention, dans les dépistages, c'est là-dessus qu'il faut s'axer.

Donc, effectivement, la réforme du médecin traitant est une révolution en ce sens qu'elle permet aujourd'hui d'identifier, pour chaque patient assuré, un médecin traitant référent (on va dire traitant, maintenant). C'est une révolution qui avait été conceptualisée par l'option médecin référent pour laquelle, malheureusement, on n'a retenu que les charges pour le médecin traitant, sans retenir les moyens pour réaliser cette charge.

En clair, le médecin référent avait une rémunération qui permettait de sortir du paiement à l'acte et qui lui permettait de prendre le temps de faire ce travail.

On a montré, dans l'Hérault, que pour la campagne de dépistage du cancer du côlon, les médecins référents ont distribué plus de tests de dépistage et ont permis à la population d'y participer. On a fait ça avec la Caisse primaire d'assurance maladie de Béziers. Les patients qui avaient un médecin référent ont plus participé à la campagne de dépistage du cancer du côlon que ceux qui n'avaient pas de médecin référent.

Pourquoi ? Parce qu'on avait fait un travail avec les médecins référents. La Caisse a envoyé à chaque médecin la liste de ses patients de 50 à 74 ans, cible de la campagne, et à partir de là, on a pu faire un travail.

Donc simplement, mon interrogation vis-à-vis des caisses : on a un outil formidable avec le médecin traitant, la possibilité de lien médecin-patient. C'est un travail supplémentaire extraordinaire, mais très enthousiasmant. On ne peut pas le faire dans le cadre ce fonctionnement du paiement à l'acte pur qui incite le médecin à multiplier les actes et à ne pas prendre le temps de faire ça.

Reprenons l'expérience des médecins référents. Ce n'est pas qu'une question de rémunération, c'est toute cette démarche qui a été faite derrière. Utilisons cette expérience plutôt que de la supprimer, ce qui a été fait depuis un an et demi.

*
**

François Baudier

D'une certaine manière, pour aller dans votre sens, c'est vrai qu'à la fin de mon intervention je disais que cette consultation de prévention nous amène à réfléchir de manière plus globale sur l'organisation de notre système de santé. Je trouve que c'est sans doute très intéressant de ce point de vue-là, mais cela veut dire effectivement que cela peut remettre en cause des dispositifs tels qu'ils sont pratiqués à ce jour.

Comme vous l'avez rappelé, je crois que le dispositif du médecin traitant est de ce point de vue-là très intéressant, puisqu'il inscrit la prévention dans une démarche continue tout au long de la vie.

Aujourd'hui, les espaces qui existent pour expérimenter, je les ai cités, il me semble que dans les réseaux de santé, effectivement, on peut expérimenter des choses intéressantes, en particulier parce qu'il y a la possibilité de mesures dérogatoires et de mettre en place ce type de mesures. C'est vrai que quand on met en place une action sur la prévention des maladies cardiovasculaires par rapport à un individu qui a simplement une hypercholestérolémie, si on veut qu'il y ait une diététicienne qui le prenne en charge, si on veut qu'un éducateur médico-sportif intervienne, aujourd'hui, il n'y a pas les possibilités de les financer dans le cadre du dispositif de médecine ambulatoire.

Donc là, il faut effectivement expérimenter, imaginer les choses. Et il y a, me semble-t-il, en particulier à travers les réseaux de santé, des espaces pour le faire.

Il y a aussi un autre espace que j'ai cité, ce sont les maisons médicales pluridisciplinaires. Pour des raisons spécifiquement liées à la démographie, ces maisons médicales pluridisciplinaires se développent. Elles sont souvent soutenues par le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville. Là aussi, c'est un terrain intéressant puisque, par définition, elles sont pluridisciplinaires et donc je crois qu'il ne faut pas limiter la consultation de prévention uniquement aux médecins généralistes, mais cela doit être intégré dans cette démarche pluridisciplinaire, avec sans doute un rôle important des infirmières.

Et donc, je trouve que de ce point de vue-là, cette consultation de prévention est intéressante, puisqu'elle doit nous faire réfléchir à l'organisation de notre système de santé, avec une colonne vertébrale qui est le médecin traitant, mais sans doute avec des évolutions nécessaires sur lesquelles il faut qu'on réfléchisse ensemble.

Président de séance : Jean-François Collin

Une dernière question et on passera à la session suivante.

Liliane Atari-Flamand

Médecin généraliste à la campagne, dans la Somme

Je crois beaucoup au colloque singulier malade-médecin et je suis tout à fait partie prenante pour la prévention, et j'en fais tous les jours, à chaque consultation. Je suis tout à fait d'accord avec vous, cela prend un temps fou. Et s'articuler avec d'autres professionnels de santé serait le bienvenu.

Mais je suis très contente ce que j'ai entendu ce matin sur le rôle du médecin traitant qui est le pivot du dispositif. Bon, je suis privilégiée, je suis à la campagne et médecin de famille depuis longtemps, et donc je connais toutes les conditions de travail, l'environnement, l'intérieur quand je vais en visite, je connais les enfants, les grands-parents, la génétique de chaque famille finalement. Et je m'inscris tellement dans la prévention du cancer du sein et du cancer colorectal... vous avez souligné tout à l'heure une baisse de participation pour les frottis. Cela correspond, à la campagne, à l'idée que nous avons qu'il y avait eu un certain temps un flottement où le frottis n'était remboursé que tous les trois ans. Et nous avons fait une action généralistes-gynécologues dans la Somme, telle que le frottis a été réhabilité tous les deux ans. Donc, c'est peut-être cette baisse de pourcentage de participation que avez peut-être notée. Je ne connais pas trop les pourcentages départementaux, régionaux et nationaux, mais moi, je l'ai constatée dans ma pratique et donc je voulais vous le signaler simplement.

Mais je suis ravie que vous envisagiez une consultation de prévention, parce que cela prend un temps fou, en effet.

Président de séance : Jean-François Collin

Je vous remercie. Je remercie M^{me} Keters et M. Baudier pour leurs interventions et on aura l'occasion, évidemment, d'avoir d'autres échanges, notamment avec la session sur les expériences en cours.

1^{re} SESSION :

**Les expériences en cours :
repérage, dépistage et après ?**

Présidence : François Alla
Société française de santé publique
et École de santé publique Nancy

1^{re} session : Les expériences en cours : repérage, dépistage et après ?

Présidence : François Alla

Société française de santé publique et École de santé publique Nancy

Après ces intéressants éclairages et mises au point, je suis heureux d'ouvrir la première session sur les expériences en cours. L'on parle aujourd'hui de consultation de prévention, mais cela fait déjà plusieurs années que des expériences ont lieu dans divers domaines, menées par différents intervenants, médecins généralistes, mutualité, caisses. L'enseignement de ces expériences peut nous aider à élaborer ou mieux élaborer la future consultation de prévention.

Je suis heureux d'accueillir pour la première communication M. Alain Morel, de la MSA, qui va nous parler de la consultation de prévention par le médecin généraliste. Il va nous exposer une expérience de 10 ans.

LA CONSULTATION DE PRÉVENTION PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE : MISE EN PLACE D'UNE NOUVELLE APPROCHE APRÈS 10 ANS D'EXPÉRIENCE

Alain Morel

Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole

Je vais vous présenter ce qui a été expérimenté depuis 1995, mis en place depuis 1999 et généralisé en 2000. Il faut dire que ce protocole d'examen de santé est le résultat d'une évolution qui s'est faite sur 25 ans.

Les premiers examens de santé, nous les avons mis en place en 1976. Ils étaient très orientés « médecin généraliste », puisque nous envoyions toutes les personnes chez le médecin généraliste qui remettait les résultats aux personnes. Ce choix était lié aussi aux conditions particulières du régime agricole pour lequel la population est très dispersée en milieu rural, avec des difficultés à convoquer les personnes sur des centres. Et puis je pense que l'option, en 1976, n'était pas tant la prévention en tant que telle, mais plutôt l'orientation vers le système de soins de personnes qui se soignent peu ou mal.

En 1982, il y a eu une première évolution, il s'est agi de promouvoir davantage l'éducation sanitaire, l'intervention est passée aux médecins de prévention de la MSA

qui faisaient une remise commentée des résultats. Ils n'envoyaient chez le médecin généraliste que les personnes qui avaient des paramètres franchement pathologiques et nécessitaient une prise en charge thérapeutique.

En 1995 s'est faite jour la nécessité de confier à nouveau ce rôle de prévention entièrement aux médecins généralistes, et à partir de cette période, systématiquement dans nos examens de santé, tous les résultats sont envoyés au médecin généraliste pour qu'il puisse assurer le suivi en termes de prévention.

L'objectif poursuivi était d'avoir une adhésion assez large de nos assurés, afin qu'ils puissent identifier leurs facteurs de risque et puis surtout connaître les moyens de les prendre en charge, de renforcer le rôle du médecin généraliste dans le champ de la prévention, d'adapter le contenu en fonction de l'âge.

Pour obtenir cette participation la plus large possible, nous nous appuyons sur un réseau. En général, les examens sont organisés au niveau des cantons, ce sont des examens de proximité, et nous utilisons le réseau des élus de la MSA pour les promouvoir.

Cet examen comprend quatre tranches d'âges entre 16 et 65 ans.

Le protocole de la première tranche d'âges (entre 16 et 24 ans) est sans examen biologique, le jeune a à remplir un questionnaire devant l'aider pour un entretien avec le médecin généraliste de son choix.

Pour les autres tranches d'âges, avec un examen proposé sur chaque période de 10 ans entre 35 et 65 ans, des questionnaires un peu différents ciblés sur les facteurs de risque concernant essentiellement la pathologie cardiovasculaire et le cancer.

La responsabilité de l'organisation est décentralisée au niveau des départements et prise en charge par les caisses de MSA. Les dépenses sont financées par le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information pour la santé en agriculture (FNPEISA).

Les bénéficiaires sont l'ensemble des assurés des régimes agricoles d'assurance maladie, ce sont les salariés et leurs ayants droit, les exploitants agricoles et leurs ayants droit, actifs ou non.

Dans ce protocole, nous avons une phase de sensibilisation et d'invitation. En règle générale, nous réunissons nos élus au niveau cantonal et nous leur présentons l'action. Ensuite, ce sont eux qui vont proposer des pré-inscriptions aux assurés. Et à partir de ces pré-inscriptions, nous passons à la deuxième phase qui est une phase pré-clinique où nous convoquons les personnes. Elles ont une prise de sang et de la biométrie qui sont effectués par un laboratoire prestataire de services.

Nous vérifions les réponses à l'auto-questionnaire, et ensuite des examens complémentaires sont pratiqués en fonction de ces réponses. Par exemple pour les personnes qui signalent avoir des problèmes d'audition, nous leur faisons une audiométrie, pour

Le protocole généralisé en 2000 :

Les bénéficiaires

- Bénéficiaires des régimes agricoles d'assurances sociales et d'assurance maladie, invalidité, maternité :
 - Salariés et ayants droits
 - Non salariés et membres non salariés de leur famille
 - Titulaires d'une pension d'invalidité ou de vieillesse au titre de l'incapacité.

- Pour les tranches d'âges définies dans le protocole, avec un protocole à l'étude les tranches 25-34 et 65-74 ans

ceux qui ont des problèmes respiratoires une spirométrie... Et à partir de l'âge de 45 ans, pour les personnes qui n'ont pas consulté un ophtalmologiste dans l'année qui a précédé, une tonométrie pour mesurer la tension oculaire.

Ensuite, cette phase est suivie d'une phase clinique qui est confiée au médecin généraliste. Tous les résultats sont renvoyés chez le médecin généraliste désigné par la personne et c'est lui qui assure le suivi et nous renvoie un petit dossier synthétique avec un bon d'honoraires.

La phase épidémiologique sert à exploiter les données qui ont été enregistrées à la fois pour la partie biologique et à la fois pour le retour d'informations que nous a fait le médecin généraliste. Elle nous donne un certain nombre d'orientations pour définir des actions de terrain que nous pourrions mettre en place par la suite.

Quelques chiffres sur la participation : entre 1999 et 2004, 1 162 000 personnes ont été invitées. En année pleine, c'est un peu plus de 200 000 personnes par an qui sont invitées. Le taux de participation pour toute la partie pré-médicale (auto-questionnaire, biométrie, prise de sang) atteint à peu près 42 % des invités ; et le pourcentage de personnes qui vont jusqu'au bout de la démarche en consultant leur médecin généraliste, est de 30 % des bénéficiaires qui sont invités, c'est-à-dire 1 personne sur 3. Plus de 10 000 médecins sont concernés au moins une fois par an par ces examens de santé.

Quelques données...

- **Concernant les adhérents ayant passé l'examen de santé en 2000 :**
 - 25 % ne sont pas à jour de leur vaccination antitétanique
 - 21 % ont un taux de cholestérol > 2,5 g/l
 - 13 % fument plus de 10 cigarettes/jour
 - 8 % ont une tonométrie ≥ 20 (1 402 personnes)
 - 33 % des femmes déclarent avoir des problèmes d'incontinence urinaire
 - 25 % des femmes n'ont pas eu de mammographie de dépistage durant les 2 dernières années

Il faut dire que ces chiffres sont nationaux et qu'ils masquent une certaine disparité. Même au sein d'un département, nous savons que des cantons vont répondre mieux que d'autres, parce qu'il y a un contexte sociologique qui fait que ce sont des régions plus sensibilisées ou plus réactives, où nous avons des élus qui sont plus disponibles. Je pense que le fait de s'appuyer sur nos élus au niveau local présente un fort intérêt pour la participation à ces examens de santé.

Nous avons quelques paramètres – j'ai relevé ceux de l'année 2000 – qui nous ont permis de mettre en place des actions. Par exemple, nous avons relevé que 33 % des femmes qui ont passé cet examen déclaraient avoir des problèmes d'incontinence urinaire, cela nous a amenés à mettre en place une information sur la prise en charge de l'incontinence urinaire. Même chose pour la vaccination antitétanique. Ces examens de santé nous sont utiles pour engager des actions de suite.

Nous pouvons dégager de cette expérience, jusqu'en 2005, des points forts :

- cette organisation de proximité a permis une forte mobilisation des acteurs de terrain, à la fois nos délégués MSA, mais aussi les médecins de la caisse de MSA et les administratifs ;
- le ciblage des facteurs de risque bien caractéristiques ;

- la mise en place d'une politique pour harmoniser nos examens qui, bien que décentralisés dans les départements, suivent tous le même protocole et sont reproductibles ;
- une démarche de qualité pour qualifier nos appareils d'examens complémentaires, a été faite avec le Laboratoire national d'essai, notamment sur les tensiomètres, les spiromètres, les audiomètres ;
- une implication des médecins généralistes qui participent grandement au bon déroulement de ces examens de santé.

Cela nous a permis d'avoir une meilleure connaissance de la population agricole, mais il n'en reste pas moins qu'il existe aussi des points faibles dans ce protocole. Et je pense que nous devons également en tenir compte.

La difficulté, par exemple, à sensibiliser les jeunes de 16-24 ans : nous avons un taux de participation qui reste assez bas, mais je pense que nous ne sommes pas les seuls à faire ce même constat.

Une compréhension quelquefois insuffisante de la démarche, à la fois par les assurés, mais aussi par certains médecins. Ce qui est recherché, c'est de laisser un temps particulier pour parler de prévention et souvent cet examen peut être vécu comme un examen supplémentaire de contrôle du taux de cholestérol alors que ce n'est pas du tout l'objectif. En fait, la biologie est utile pour pouvoir aborder d'autres aspects de la santé grâce un dialogue sur la prévention.


Malgré notre intention de cibler le mieux possible les facteurs de risque, il est toujours difficile de faire des choix, ce ciblage est resté trop large, aujourd'hui il convient sans doute de le resserrer.

Enfin, le manque de temps qui a été évoqué par les médecins généralistes, surtout en milieu rural. Il en a déjà été fait état précédemment et nous faisons le même constat.

En perspective, nous avons pris en compte ces différents éléments, et expérimenté de nouveaux protocoles pour les années à venir, en sachant que ce que nous cherchons à atteindre, c'est un processus continu de sensibilisation à la prévention, depuis l'âge de 16 ans jusqu'à l'âge de 74 ans. Nous avons essayé de combler les vides dans notre protocole. Actuellement, nous avons une première tranche d'âge « 16-24 ans » avec ensuite un saut à 35 ans. Nous avons donc expérimenté un protocole entre 25 et 34 ans, avec des actions de suite pour compléter cet examen de santé, et en particulier des entretiens d'éducation nutritionnelle par téléphone avec les personnes repérées par les médecins généralistes.

Nous avons également tenté de recentrer le questionnaire sur les cibles essentielles, en particulier les facteurs de risque cardiovasculaire, qui nous semble offrir un champ particulièrement intéressant d'intervention. Celui qui est proposé repose sur une série de

1) Votre santé en quelques chiffres

	Partie à remplir par l'assuré		Commentaires du médecin
	Notez votre poids	1.1 _____ Kg	
	Pensez-vous être trop gros ?	1.2 oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	
	Connaissez-vous les chiffres de votre tension artérielle ?	1.3 oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	Report des chiffres de tension artérielle pris lors de la visite médicale
	Si oui, donnez les deux chiffres	1.4 _____ et _____	
	Pensez-vous que ces chiffres soient normaux ?	1.5 oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> ne sais pas <input type="radio"/>	
	Date de la dernière prise de la tension ?	1.6 _____ mois _____ année	
	Avez-vous une idée de votre taux de cholestérol ?	1.7 oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	
	Quel est-il ?	1.8 _____ g/l	
	Pensez-vous qu'il soit normal ?	1.9 oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> ne sais pas <input type="radio"/>	
	Avez-vous une idée de votre taux de glycémie (« sucre dans le sang ») ?	1.10 oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/>	
	Quel est-il ?	1.11 _____ g/l	
	Pensez-vous qu'il soit normal ?	1.12 oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> ne sais pas <input type="radio"/>	

questions qualifiées de « starter », destinées à engager le dialogue entre le médecin et le patient. Le médecin nous retourne une fiche médicale simplifiée, parce qu'il nous faut conserver quelques éléments d'information pour mettre en place des actions de suite en termes d'éducation pour la santé et une aide au suivi, ainsi que pour évaluer ces actions.

Pour les « 65-74 ans », ce sont par exemple des ateliers thérapeutiques qui ont été mis en place, ciblés sur l'insuffisance cardiaque, l'hypertension artérielle et les complications cardiovasculaires du diabète.

L'exemple de questionnaire figure simplement l'esprit de la démarche : l'interrogation du patient sur la connaissance de ses propres facteurs de risque : hypertension, cholestérol, glycémie ; une partie laissée au médecin généraliste pour pouvoir apporter ses commentaires éventuels.

Une évaluation de cette expérimentation a été réalisée, l'analyse n'est pas tout à fait terminée, mais elle apporte quand même un certain nombre d'éléments. Cette évaluation nous montre la perception des adhérents interrogés par échantillonnage.

Entre 65 et 74 ans, ils nous disent – cela ne nous étonne pas – qu'ils souhaitent être rassurés sur leur état de santé, qu'ils ont trouvé une réponse un peu hétérogène des

médecins généralistes, la réponse étant différente selon la sensibilité des uns ou des autres, mais qu'ils sont tout à fait favorables aux activités de prévention qui leur étaient proposées, notamment les ateliers Senior, les ateliers thérapeutiques.

Entre 25 et 34 ans, le taux de participation est un peu faible par rapport à ce que nous attendions, mais nous pensons que des améliorations sont possibles, notamment l'information des assurés sur le bien-fondé de cette démarche. Par contre, les participants ont une très bonne perception de la démarche qui était proposée.

Cette évaluation concerne aussi les médecins généralistes. Ils nous ont dit, tout du moins ceux qui ont participé à cette évaluation, qu'ils étaient conscients de leur rôle dans le champ de la prévention, mais il semble que la définition de la prévention que nous avons en retour a quelquefois des contours un peu flous, cela a déjà été dit tout à l'heure.

Il y a peu de réticences sur la consultation de prévention, mais ils ont exprimé un certain nombre de souhaits, notamment le ciblage, l'absence de redondance avec d'autres types d'examen, la garantie d'une bonne gestion de l'information et surtout le retour de l'information pour ce qui concerne leurs patients. Enfin, ils ont souhaité, évidemment, que les réfractaires puissent être atteints, ceux qui en ont peut-être le plus besoin.

*

**

Président de séance : François Alla

On va tout de suite passer la parole à M. Bertrand Garros pour la prévention dans le parcours de soins de la Mutualité française.

LA PRÉVENTION DANS LE PARCOURS DE SANTÉ DE LA MUTUALITÉ FRANÇAISE

Bertrand Garros

Fédération nationale de la Mutualité française

Je ne vais pas vous parler de la prévention dans le parcours de soins de la Mutualité, mais dans le parcours de santé. Ce changement d'expression est lourd de conséquences. C'est un vrai changement de paradigme, comme je vais essayer de vous le montrer tout au long de cette intervention.

François Baudier a fait allusion au séminaire qui s'est tenu pratiquement jour pour jour il y a un an et dans lequel j'étais également intervenu. J'avais évoqué le fait qu'en 1945, l'organisation de notre système avait abouti à une segmentation entre la

prévention qui s'organisait dans un cadre collectif, à la fois en termes de services et en termes de financement, les soins qui bénéficiaient d'un financement solidaire dans le cadre de l'assurance maladie mais dont l'utilisation était laissée totalement à l'initiative individuelle, tant au niveau des patients que des professionnels, et enfin le handicap et la dépendance, qui eux ne relevaient pas encore d'une logique de protection sociale mais d'une logique de solidarité familiale ou d'assistance sociale.

La démarche de la Mutualité et du mouvement mutualiste aujourd'hui est d'essayer de dépasser cette segmentation. Cela correspond à un vrai changement de posture pour les mutuelles – j'y reviendrai dans ma conclusion –. Elles se sont rendues compte en effet que les besoins de leurs adhérents avaient évolué. Pour essayer de mieux y répondre, il faut s'inscrire dans une logique et dans une démarche de qualité. Bien sûr continuer à permettre d'accéder aux soins et aux meilleurs des soins quand c'est nécessaire. Mais les adhérents demandent aussi de plus en plus que l'on se préoccupe de leur santé et pas seulement que l'on se préoccupe d'eux quand ils sont malades. Et quand ils sont malades, que l'on se préoccupe aussi de les aider à limiter les conséquences des problèmes de santé sur leur vie quotidienne et celle de leur entourage.

Il faut aussi améliorer l'accessibilité au système de santé qui comprend différentes dimensions. L'accessibilité est d'abord sociale avec toute une dimension culturelle. Bien sûr, il y a aussi l'accessibilité financière. Pour les mutuelles, il s'agit d'essayer de trouver l'équilibre entre garantir à la fois des restes à charge les plus faibles, une fois l'assurance maladie obligatoire intervenue, mais avec des cotisations les plus maîtrisées. Si un tel résultat est obtenu au prix de cotisations extrêmement élevées, on exclut en effet de la protection sociale complémentaire, qui est pourtant indispensable, un grand nombre de gens.

Et puis bien sûr, l'accessibilité géographique. Pour la prévention, comme pour les soins ou tous les services de santé, avoir des possibilités d'accès au plus près de chez soi est aussi un élément indispensable pour lutter contre l'exclusion.

Tout cela doit être effectué dans une logique de responsabilité. C'est une valeur forte portée par le mouvement mutualiste. Il s'agit de dépasser ce recours très individualiste aux soins, pour s'inscrire dans des logiques d'organisation collective, certes toujours pour répondre à des besoins individuels, mais de façon collectivement organisées. Une telle organisation collective doit non seulement favoriser la qualité et l'efficacité, mais aussi une utilisation solidaire des ressources en partenariat avec l'assurance maladie obligatoire. Ce partenariat doit se réaliser sans suivisme. Il s'agit de retrouver des capacités d'initiative, d'innovation, retrouver éventuellement des possibilités de prise en charge nouvelles et utiles. Pensons au tiers-payant pharmaceutique. Maintenant, il est banalisé et généralisé. À l'origine il a constitué une première conquête du mouvement mutualiste et les conquêtes sont faites pour être

élargies et reprises par tout le monde. C'est donc cette capacité d'innovation qu'il faut retrouver au sein des mutuelles.

La Mutualité française est un mouvement. C'est un des plus vastes mouvements sociaux en France, aujourd'hui, avec plus de 15 millions d'adhérents et plusieurs centaines de milliers de responsables bénévoles et de salariés. Vouloir faire changer de paradigme un mouvement de cette taille, demande du temps, toute une démarche au cœur de la santé publique.

Ses congrès qui se déroulent tous les trois ans sont, pour la Mutualité, des temps forts de cette appropriation et de cette évolution. Ils réunissent 5 000 personnes qui sont déléguées par leur mutuelle. Ces congrès se préparent pratiquement sur une durée d'au moins neuf à douze mois.

La démarche de parcours de santé adoptée au Congrès de Lyon en juin 2006 s'inscrit aussi à la suite des propositions formulées à Toulouse en juin 2003 pour réformer l'assurance maladie.

Par rapport au sujet qui nous réunit aujourd'hui, les propositions de Toulouse se situaient déjà dans un *continuum* stratégique : promotion, prévention, soins, réinsertion. La prévention n'était plus considérée « en suspension », « à côté de », mais vraiment au cœur de la logique à construire.

Ces propositions essayaient aussi d'articuler les stratégies de santé, qui donnent du sens à l'action, avec l'organisation de l'offre, car on ne met pas en place des stratégies de santé sans moyens humains ou matériels, et avec la dynamique de la protection sociale, car il n'y a pas d'offre sans solvabilisation. C'est sans doute parce que la Mutualité est à la fois un acteur de prévention, de soins, de la protection sociale qu'elle a cette volonté d'articuler ces trois dimensions.

Cela se résume très bien dans un très court texte écrit au premier semestre de l'année 2003 et qui disait que « gérer le risque en santé, c'est d'abord tout mettre en œuvre pour empêcher la survenue des maladies, accidents ou handicaps ; c'est ensuite garantir aux personnes malades, accidentées ou handicapées l'accès à des soins et des prises en charge précoces et de qualité pour éviter l'aggravation de leurs problèmes de santé et favoriser leur guérison, quand c'est possible, ou à tout le moins en limiter les conséquences ».

« Gérer le risque Santé, c'est enfin assurer un emploi efficient des ressources disponibles, humaines, matérielles et financières, au meilleur bénéfice de chacun en fonction de ses besoins, indépendamment de son statut social ou de ses ressources. »

« Il n'y a donc pas de gestion du risque Santé sans anticipation des problèmes... »
– qu'est-ce que c'est que la prévention, sinon l'anticipation ? – « sans responsabilisation

de tous, sans actions concertées entre les acteurs qui concernent aussi bien la couverture des besoins de santé que l'organisation des ressources humaines et matérielles pour les satisfaire. »

Voilà où en était la Mutualité en juin 2003.

Entre juin 2003 et juin 2006, il y a eu la réforme de l'assurance maladie. La Mutualité a vu un certain nombre de ses propositions reprises, par exemple – et ce n'est pas la moindre de ses propositions – la mise en place de la Haute Autorité de Santé.

Mais la réforme n'a que partiellement répondu aux attentes du Congrès de Toulouse. À Lyon, la Mutualité a considéré que le temps des propositions était passé et qu'il lui fallait agir par elle-même pour ne plus subir le changement mais en devenir beaucoup plus directement un des acteurs.

Il a donc semblé qu'il fallait dépasser les limites du parcours de soin de l'assurance maladie porté par la réforme de 2004 qui restait très centré sur les soins curatifs sans parvenir à une approche globale de la santé qui donnerait enfin à la prévention, au diagnostic et aux soins d'accompagnement toute leur place.

Il s'agit d'inscrire la recherche de la qualité dans un « processus de santé ». Le terme de « processus » est important, pour souligner l'idée d'une dynamique, beaucoup plus que des points un petit peu espacés, fragmentés. L'analyse des processus est à la base de toute démarche Qualité.

Le parcours de santé mutualiste se traduit à travers une charte qui a été votée par les 5 000 congressistes et que les mutuelles s'engagent à mettre en œuvre, évidemment pas du jour au lendemain.

Cette charte pour un parcours de santé mutualiste s'inscrit dans la logique globale qui était portée depuis Toulouse pour essayer de réduire les inégalités sociales, culturelles ou régionales. Fondamentalement, en essayant, à travers cette nouvelle posture, d'avoir un impact collectif sur l'organisation du système, la Mutualité continue à faire de la réduction des inégalités de santé et d'accès aux soins un objectif central.

Cette charte comporte un certain nombre d'engagements, d'abord sur les remboursements. Tout est vraiment lié : assurer des remboursements, favoriser la qualité et l'utilité des soins et des prestations. En prévention, pour reprendre un exemple assez récent de l'actualité, faut-il rembourser des margarines ? La question se pose en termes de qualité et d'utilité. Est-ce utile au-delà du simple effet marketing ?

Assurer également des remboursements en supprimant ou limitant les restes à charge sur la base de tarifs négociés avec les professionnels de santé. Je prendrai un exemple dans ce cadre : celui de l'hémocult pour le dépistage des cancers du côlon. En cas d'hémocult positif, il faut confirmer le résultat du test par une coloscopie. Beaucoup

d'adhérents mutualistes font remonter les difficultés qu'ils ont à trouver des tarifs sans dépassements et abordables pour eux. D'où l'importance qu'il y aurait à négocier des tarifs, sans compter que là, il n'y a plus de tiers payant.

S'agissant des engagements sur les prestations, il faut commencer par permettre à chaque adhérent d'accéder à l'information. Il y a aujourd'hui beaucoup d'inégalités dans l'accès à l'information pour promouvoir et maintenir sa santé, pour s'orienter dans le système et en faire bon usage. C'est généralement compliqué. Quand on connaît des professionnels ou quand on est dans le milieu, c'est beaucoup plus simple. L'information doit aussi servir aux adhérents pour qu'ils puissent mieux dialoguer avec les professionnels de santé.

Permettre ensuite à chaque adhérent de bénéficier non pas « d'une consultation de prévention », mais « d'un plan personnalisé de prévention et de promotion de la santé », au besoin en l'aidant pour l'appliquer. Pourquoi a-t-on parlé de plan plutôt que de consultation ? Parce qu'il me semble que la consultation n'a véritablement d'intérêt qu'à travers le résultat auquel elle aboutit. C'est ce résultat que l'on peut formaliser dans un plan. Ce qui nous intéresse, c'est d'avoir ce plan et qu'il puisse être mis en œuvre.

Il faut donc faire en sorte que tout ce qui pourrait se dire, tout ce qui pourrait se proposer dans les consultations de prévention soit effectivement suivi d'effets. C'est pour cela que l'on a plutôt insisté sur le plan personnalisé de prévention, de même que l'on insiste sur un plan de soins pas seulement en cas d'affection de longue durée. Il y a des maladies importantes, des épisodes sérieux qui ne correspondent pas à des affections de longue durée qui méritent tout autant des plans de soins.

Et puis en cas de maladie chronique, il faut avoir la préoccupation d'un accès à une éducation thérapeutique appropriée pour retarder l'évolution de la maladie, en limiter les conséquences.

Un certain nombre d'autres engagements concernent les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie, pour leur permettre d'exercer leur citoyenneté, ou de bénéficier de prises en charge à proximité de leur domicile.

Cette prise en charge de proximité est très importante. En matière de dépistage du cancer du sein, par exemple, des mutuelles se sont organisées, pour leurs adhérentes les plus éloignées géographiquement d'un cabinet de radiologie, les ont contactées pour savoir si elles n'avaient pas de difficulté matérielle et ont donc, dans certains cas, organisé des transports. Voilà aussi un exemple de cette vision globale.

Bénéficier d'un accompagnement et d'un soutien, notamment psychologique, apparaît également aujourd'hui comme un élément déterminant de la qualité de la prise en charge, y compris pour l'entourage. L'objectif à terme, c'est que chaque adhérent (ou son entourage) qui en a besoin puisse en bénéficier.

La dernière série d'engagements porte sur l'organisation du système de soins : favoriser de nouvelles pratiques à travers de nouveaux modes de rémunération, comme le forfait. On peut penser aussi à d'autres solutions, des intéressements ou de l'appui logistique, par exemple. Les médecins présents dans la salle ont déjà dit que le problème, c'était leur manque de temps. Nous en sommes bien conscients. Il faut donc permettre aux médecins de retrouver du temps médical. Cela peut donc s'inscrire dans cette aide logistique.

Bien sûr, tout ne va pas se faire tout de suite et donc quatre thèmes ont été retenus par le congrès de Lyon. Ils portent sur les cancers, les addictions, les maladies cardiovasculaires, les problèmes de handicap et de dépendance. Pour chacun de ces thèmes, sont en train d'être réfléchies, étudiées et discutées, à la Fédération de la mutualité française et ensuite avec les mutuelles, des prestations collectives ou individuelles en termes d'information, d'orientation pour accéder aux meilleurs soins, en termes d'actions de prévention ou d'actions sur les déterminants collectifs de la santé. Même si on se préoccupe d'une approche individuelle des problèmes, il ne faut pas perdre de vue toute la dimension collective des problèmes de santé.

Il s'agira donc de prestations qui seront individualisables, avec notamment de l'orientation : vous avez un problème, on vous aide à vous orienter, à aller vers les meilleurs services.

Cela suppose une mobilisation des mutuelles qui assurent la complémentaire Santé, dans un contexte d'équilibre économique. Cela suppose aussi un engagement d'autres acteurs mutualistes : réseau de promotion de la santé qui couvre la France, services de soins et d'accompagnement mutualistes – qui vont de la crèche à la maison de retraite, en passant par les centres de santé ou les cliniques –. Il s'agit à la fois de développer leur couverture géographique, pour que ces services soient accessibles géographiquement le plus possible mais aussi de développer de nouveaux services qui n'existent pas aujourd'hui, et on pense par exemple à l'éducation thérapeutique.

Toutefois, la Mutualité n'a pas la prétention de tout faire et de remplacer tout le monde. Des partenariats seront donc développés avec les acteurs de santé, qu'ils soient des acteurs individuels, professionnels de santé, ou que ce soit des acteurs plus organisés dans des logiques d'institution, par exemple des structures de prévention.

En conclusion, je voudrais développer trois idées. La première est que la Mutualité intègre aujourd'hui la prévention au cœur d'une stratégie globale. On ne parle plus de la prévention comme on en parlait il y a encore quelques années, comme de quelque chose d'un peu isolé qu'externalisaient les mutuelles, en quelque sorte, comme le faisait l'assurance maladie. Les mutuelles réinvestissent ce champ, non pas pour ce qu'il est individuellement, mais parce qu'elles essaient de développer une logique de processus de santé dans laquelle, évidemment, la prévention a toute sa place.

Le parcours de santé mutualiste, c'est la deuxième idée, correspond à une autre manière d'envisager le rôle des mutuelles. Il ne s'agit plus seulement de faire du paiement en complément de l'assurance maladie. Il faut se situer dans une double logique : d'abord celle de partenaire santé de nos adhérents, ne pas seulement être là quand ils sont malades, mais être là aussi pour les aider à promouvoir leur santé ; ensuite une logique d'assembleur santé dans la mesure où vous savez que nous sommes un système extrêmement fragmenté, avec une multitude d'acteurs et de services, et nous avons besoin d'avoir des intermédiaires qui nous aident un petit peu à faire de l'assemblage. Ce besoin se distingue très bien aujourd'hui dans le champ des personnes âgées et des personnes âgées dépendantes. Il y en a sûrement besoin aussi dans le champ plus large de la santé.

Troisième et dernière idée, la Mutualité est en train de construire un ensemble d'actions qui seront communes aux mutuelles. Le parcours de santé mutualiste, tout en respectant la liberté de chaque mutuelle, se traduira néanmoins par un ensemble commun de prestations accessibles à tous les adhérents. Tout cela va demander du temps. Il s'agit donc d'une démarche de plusieurs années. C'est un très grand chantier pour que la Mutualité vive maintenant sur les enjeux et les besoins du XXI^e siècle et non pas sur ceux qui ont présidé à sa création et auxquels elle a su répondre dans le passé.

*
**

Président de séance : François Alla

Le docteur Rémi Bataillon, va maintenant nous exposer l'expérience de l'URML Bretagne.

L'EXPÉRIENCE DE L'URML DE BRETAGNE

Rémi Bataillon

URML Bretagne

Je suis médecin généraliste, médecin de santé publique, et je suis actuellement directeur de l'Union régionale des médecins libéraux de Bretagne.

Le choix qui a été fait pour cette présentation est plutôt d'essayer, à partir d'exemples assez concrets, de développer quel pourrait être aujourd'hui le point de vue d'une URML sur la question de la consultation médicale de prévention.

Pour cela, je vais utiliser un certain nombre d'exemples qui ont été mis en œuvre à la fois en Bretagne, en partenariat notamment avec l'URCAM et CAP RÉSEAU qui

est une association qui est actuellement financée sur le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), et qui est une sorte d'URML pour les paramédicaux. Il nous est effectivement apparu important, avec l'URCAM, que les paramédicaux puissent, à l'instar des médecins libéraux à travers l'URML, se structurer et réfléchir à des organisations professionnelles car, comme certains l'ont souligné ce matin, la question de la prévention ne concerne pas que les médecins généralistes, elle concerne aussi, bien sûr, les paramédicaux, les infirmiers, mais aussi les pharmaciens, les kinés, etc.

Et je vais aussi utiliser ou mettre en avant des projets qui ont été menés par l'URML Poitou-Charentes et qui viennent compléter un peu les exemples qui peuvent être pris dans la région Bretagne.

Avant de commencer, deux propos introductifs.

Tout d'abord, en ce qui concerne la Bretagne, je tiens à souligner la qualité du partenariat que l'on a avec nos partenaires institutionnels que sont notamment l'URCAM, mais aussi l'ARH et la DRASS. Sans ces partenariats, il est vraisemblable que la plupart des projets qui nous sont présentés là n'auraient pas pu voir le jour.

Autre point, la présentation que je vais faire va développer un point de vue peut-être un peu décalé. Il ne s'agit pas pour moi de parler, au fond, de consultation médicale de prévention, mais plutôt d'essayer de répondre à un certain nombre de questions qui me paraissent plus importantes, en tous les cas plus structurantes pour l'offre de soins ambulatoires, notamment comment on intègre les recommandations relatives à la prévention dans la pratique quotidienne des médecins généralistes, mais aussi des autres professionnels de santé, et comment on organise l'accompagnement des patients par rapport à un certain nombre d'objectifs (objectifs liés à la prévention, objectifs thérapeutiques). Autrement dit, pour reprendre le propos précédent, comment on peut organiser et mettre en œuvre un plan personnalisé de prévention et de promotion pour la santé ?

La littérature médicale sur ces questions nous montre clairement qu'il faut davantage se focaliser sur la question de l'organisation de l'offre, l'organisation du travail des professionnels de santé plus que sur un acte de consultation pris isolément. Ceci suppose de réfléchir du coup à la place de chacun, aux missions de chacun par rapport à cette organisation professionnelle et au système d'information.

Rapidement, quels sont les principes d'action à partir desquels on a expérimenté les différents projets qui vous seront présentés dans les diapositives suivantes ?

Tout d'abord, notre souci partagé était de promouvoir des approches en population, autant que possible ciblées sur une population et essayer de développer l'action de prévention sur la totalité de cette population ciblée. Et on va voir comment on peut essayer d'y arriver.

- Intégrer les approches curatives et préventives, notamment en se focalisant bien sûr sur le travail quotidien des uns et des autres, et en ce qui concerne le dépistage et la détection en développant des stratégies plutôt opportunistes. Chaque contact avec un professionnel de santé peut être l'occasion, au fond, de repérer, de prendre en charge un certain nombre de facteurs de risque. Et comme on le dit, les dentistes n'arrachent pas toutes les dents à la consultation, les médecins ou les autres professionnels ne sont pas obligés de tout faire à la même consultation.
- S'appuyer, bien sûr, sur les données de la littérature.
- Construire avec chaque patient un projet thérapeutique structuré et négocié qui comprend un volet médical et un volet qu'on a appelé éducatif, qui rejoindrait plutôt les notions de promotion pour la santé, en lien avec des modifications, par exemple, de comportement.
- Et bien sûr, pour mettre tout cela en musique : renforcer les coopérations professionnelles.

Quelques chiffres : je vais passer assez rapidement, parce que certains d'entre eux ont déjà été évoqués à travers d'autres enquêtes.



L'état des lieux en qq chiffres

Baromètre des Pratiques en Médecine Générale

Sentiment d'efficacité	très/assez efficace	peu/pas du tout efficace	NSP
observance	92,0 % (92)	6,0 % (6)	2,0 % (2)
alimentation	53,0 % (53)	47,0 % (47)	0,0 % (0)
exercice physique	45,5 % (45)	54,5 % (54)	0,0 % (0)
tabagisme	38,4 % (38)	61,6 % (61)	0,0 % (0)
alcoolisme	24,0 % (24)	75,0 % (75)	1,0 % (1)

79 % des médecins réfutent l'idée que la prévention est vouée à l'échec

Principale difficulté	Nb. cit.	Fréq.
manque de temps	55	56,1 %
manque de relais ou de partenaires pour la prise en charge	18	18,3 %
manque d'outils, de protocoles	13	13,2 %
autre	7	7,1 %
manque de formation	4	4,0 %
manque d'intérêt	1	1,0 %
TOTAL OBS.	98	100 %

Là, ce sont des enquêtes réalisées auprès d'un baromètre des pratiques en médecin générale, c'est-à-dire un panel de 120 médecins généralistes représentatifs de leurs confrères bretons. Lorsqu'on interroge les médecins, au fond, ils ne se sentent pas toujours très efficaces concernant un certain nombre d'objectifs liés à l'alimentation, à l'exercice physique, au tabagisme ou à l'alcoolisme.

Pour autant, 79 % des médecins réfutent l'idée que la prévention est vouée à l'échec.

La principale difficulté, mais c'était cité, est celle du manque de temps. Vient ensuite – et ce n'est pas inintéressant pour la suite de l'exposé – le manque de relais et de partenaires pour la prise en charge. Ce sont des données qui sont, j'allais dire, assez banales.



L'état des lieux en qq chiffres

Baromètre des Pratiques en Médecine Générale


- **70 % des médecins jugent réalisable la proposition d'une consultation de prévention protocolisée d'une demi-heure**
 - Et représente une initiative intéressante pour la prévention individuelle (39 %) ou pour la collectivité (24 %)
- **74 % des médecins pensent qu'elles permettraient prioritairement une responsabilisation des patients**
- **La rémunération :**
 - Le paiement à l'acte : 51 %
 - Le forfait : 33 %
 - Paiement mixte : 16 %
- **L'utilisation**
 - **Tests et questionnaires** : 21 % → 91 %
 - **Supports d'information** : 71 % → 81 %
 - **Dossier de prévention** : 82 %

Du coup, lorsqu'on interroge les médecins, toujours à travers ce même panel, 70 % d'entre eux jugent réalisable la proposition de consultation de prévention protocolisée d'une demi-heure et elle représente une initiative intéressante soit pour la prévention individuelle, soit pour la collectivité pour une majorité d'entre eux.

Et en lien avec les difficultés qu'ils rencontrent probablement sur la dimension un peu plus d'éducation thérapeutique, ils pensent que cette consultation de prévention pourrait responsabiliser les patients.

La rémunération : la question est plutôt assez partagée. La moitié des médecins pense qu'elle devrait être rémunérée à l'acte, mais la moitié d'entre eux imagine des paiements mixtes ou des solutions de type forfaitaire.

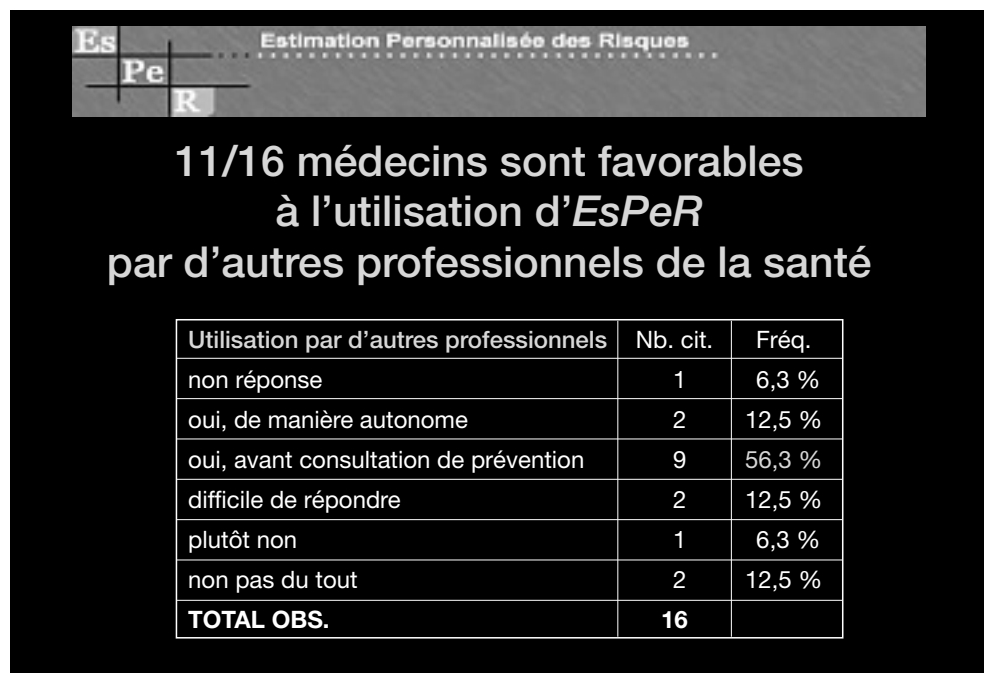
Maintenant, au-delà de ces réponses à des questionnaires... et l'URML Poitou-Charentes a eu la même initiative grâce d'ailleurs au professeur Ménard et a expérimenté un système d'estimation personnalisée des risques qui s'appelait EsPeR. Il s'agissait via un site Internet d'estimer les risques des patients et, en regard de ces risques-là, d'identifier les recommandations pertinentes.

																										
Type utilisation EsPeR hors Cs	Nb. cit.	Fréq.	<p>Taux d'utilisation en dehors de la consultation 62,5 %</p> <p>Durée moyenne 25 mn</p>																							
non réponse	1	6,3 %																								
calcul des risques pour 1 patho	6	37,5 %																								
calcul des risques pour pls patho	7	43,8 %																								
calcul des risques et recours reco	12	75,0 %																								
recours aux recommandations	2	12,5 %																								
recours aux synthèses	9	56,3 %																								
consultation des annexes	6	37,5 %																								
autre	0	0,0 %																								
TOTAL OBS.	16																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>meilleure manière d'utiliser EsPeR</th> <th>Nb. cit.</th> <th>Fréq.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>en consultation plus longue</td> <td>4</td> <td>25,0 %</td> </tr> <tr> <td>de manière fractionnée avec consultations « normales »</td> <td>2</td> <td>12,5 %</td> </tr> <tr> <td>de manière fractionnée avec consultations plus longues</td> <td>0</td> <td>0,0 %</td> </tr> <tr> <td>en consultation « normale » puis autant de consultations</td> <td>9</td> <td>56,3 %</td> </tr> <tr> <td>réponse difficile</td> <td>1</td> <td>6,3 %</td> </tr> <tr> <td>autre</td> <td>0</td> <td>0,0 %</td> </tr> <tr> <td>TOTAL OBS.</td> <td>16</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			meilleure manière d'utiliser EsPeR	Nb. cit.	Fréq.	en consultation plus longue	4	25,0 %	de manière fractionnée avec consultations « normales »	2	12,5 %	de manière fractionnée avec consultations plus longues	0	0,0 %	en consultation « normale » puis autant de consultations	9	56,3 %	réponse difficile	1	6,3 %	autre	0	0,0 %	TOTAL OBS.	16	
meilleure manière d'utiliser EsPeR	Nb. cit.	Fréq.																								
en consultation plus longue	4	25,0 %																								
de manière fractionnée avec consultations « normales »	2	12,5 %																								
de manière fractionnée avec consultations plus longues	0	0,0 %																								
en consultation « normale » puis autant de consultations	9	56,3 %																								
réponse difficile	1	6,3 %																								
autre	0	0,0 %																								
TOTAL OBS.	16																									

Une quarantaine de médecins généralistes en Bretagne se sont pliés à l'expérimentation, c'est-à-dire l'utilisation dans leur pratique quotidienne de ce service, de ce serveur et ils étaient, pour cela, rémunérés de façon spécifique, puisqu'en gros on les rémunérait, en plus de leurs consultations habituelles, l'équivalent d'un C (prix d'une consultation).

Premier renseignement pas inintéressant, c'est que les médecins ont surtout utilisé ce serveur en dehors de leurs consultations (62,5 %). Autrement dit, ils préparaient la consultation qu'ils allaient avoir avec le patient grâce à ce serveur-là. Autrement dit, la prévention, ce n'est pas que du temps en consultation, c'est aussi du temps avant ou après la consultation.

La durée moyenne d'utilisation ensuite des résultats de ce serveur était de 25 minutes, donc un peu plus longue qu'une consultation habituelle. Et lorsqu'on les interrogeait sur la meilleure façon d'utiliser au fond EsPeR dans leur pratique quotidienne, la réponse qui apparaît le plus souvent, plus qu'une consultation plus longue, c'est une consultation « normale », puis autant de consultations qu'il y a de thèmes à aborder avec le patient.



Par ailleurs, 11 des 16 médecins, qui avaient participé à l'expérience et qui ont répondu à un petit questionnaire à la fin du projet, étaient favorables au fait que d'autres professionnels de santé utilisent EsPeR, notamment avant la consultation de prévention. Autrement dit – et cela rejoint une des questions de transfert de compétences – le médecin généraliste... (un petit échantillon, c'est 16 d'entre eux), n'était pas opposé à l'idée, bien au contraire, que d'autres professionnels de santé préparent pour eux la consultation de prévention.

Donc, on voit se dessiner, à travers ces quelques résultats, les lignes de ce qui pourrait être une organisation professionnelle centrée sur la prévention. Et d'ailleurs, pour reprendre quelques résultats du baromètre – et j'en aurai fini avec les résultats d'enquête – lorsqu'on interroge les médecins généralistes sur la forme d'éducation thérapeutique qui leur conviendrait le mieux, un tiers d'entre eux cite les consultations spécifiques ou longues, mais un tiers d'entre eux aussi cite plus volontiers le travail en équipe ou l'utilisation de « relais professionnels », comme les infirmières.



L'état des lieux en qq chiffres

Baromètre des Pratiques en Médecine Générale

- **La forme d'éducation thérapeutique qui leur conviendrait le mieux :**

- Consultation longue – spécifique 29,4 %
- Relais (IDE...) 16,5 %
- Équipes 15,3 %
- Brochures 11,8 %
- Groupes – conférence 10,6 %

Préférences	Nb. cit.	Fréq.
en équipe avec des paramédicaux	53	52,5 %
en équipe avec une infirmière	36	35,6 %
travailler seul	30	29,7 %
en équipe avec des associations de patients	24	23,8 %
autre	7	6,9 %

Comment concrètement, à travers différents projets, on peut mettre en avant cette notion d'organisation professionnelle, de coopération professionnelle ?

L'organisation professionnelle

- **La détection des facteurs de risque**

- Par le médecin au cours de ses consultations habituelles
- Par les pharmaciens lors d'un contact spécifique
- Par les IDE au domicile des patients
- Par les IDE au sein des cabinets médicaux



D'une part, pour la détection des facteurs de risque : comme indiqué précédemment, on serait plutôt dans une logique opportuniste. Cette détection des facteurs de risque peut être faite par le médecin traitant au cours de ses consultations habituelles, ou encore par le pharmacien au cours de contacts spécifiques.

En ce qui concerne la détection par le médecin traitant ou le pharmacien, on peut prendre l'exemple d'un projet qui est actuellement en cours, mené en partenariat avec l'URCAM et l'association CAP RÉSEAU, qui concerne la détection et la prise en charge des patients à haut risque cardiovasculaire, l'idée étant, pour les patients d'une cible, sur un territoire donné, pour la population cible (les hommes de 50 à 54 ans et des femmes de 60 à 64 ans) d'analyser, pour tous les patients, le risque cardiovasculaire et parmi les patients à haut risque cardiovasculaire, de proposer un contrat thérapeutique.

Dans cette population-là, la grande majorité des patients voit au moins une fois par an son médecin traitant. On a donc proposé aux médecins traitants une analyse du risque cardiovasculaire au cours de leur pratique habituelle. On ne leur a pas dit de prendre une consultation spécifique, ils peuvent faire ça avant une consultation, pendant une consultation, entre deux consultations.

Et pour cela, ils doivent remplir une petite grille d'analyse du risque cardiovasculaire qui a été élaboré à partir des recommandations de la Haute Autorité de Santé – là,

Dépistage du Risque Cardio-Vasculaire : fiche Médecin Généraliste

Date de la consultation :/...../200... **Patient n° :** _____

Médecin Traitant		
NOM : _____	Prénom : _____	Ville : _____
Téléphone : _____	Fax : _____	Courriel : _____

Critères d'Inclusion

Homme : 50 à 54 ans (né entre 01/11/52 et 01/11/56) ou Femme 60 à 64 ans (né entre 01/11/42 et 01/11/46)

NOM : _____	Prénom : _____
Sexe : F / M	Date Naissance : _____
Nom de jeune fille : _____	
Adresse : _____	Profession : _____
Téléphone : _____	
Caisse Assurance Maladie : _____	Mutuelle : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Patient vu par le pharmacien <input type="checkbox"/>	Venu suite invitation AM <input type="checkbox"/>

Pression artérielle → PAS _____ PAD _____
Dosage du CHOLESTEROL → LDL = _____ g/l HDL = _____ g/l

Calcul des Facteurs de Risques pour la prise en charge du Dyslipidémie HTA

AGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- H > 50 ans; F > 60 ans		
Antécédents FAMILIAUX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- infarctus ou mort subite chez parents ou fratrie (H < 55 ANS F < 65 ans)		
- Ou AVC (<45 ans)		
TABAC ou sevrage < 3 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		
HTA	traitée ou non	<input type="checkbox"/>
DIABETE de Type 2	traité ou non	<input type="checkbox"/>
Bilan Lipidique		<input type="checkbox"/>
- LDL • 1,60 g/l (4,1 mmol/l) ET/OU HDL <= 0,40 g/l (1 mmol/l)	---	<input type="checkbox"/>
- HDL • 0,60 g/l (1,5 mmol/l) (à retrancher)	<input type="checkbox"/>	---

Nombre de Facteurs de Risque (à reporter sur les pages suivantes)

Données suivantes utiles pour fixer les objectifs du programme éducatif

Dosage des **TRIGLYCÉRIDES** : → _____ g/l

SEDENTARITÉ	<input type="checkbox"/>
(absence d'activité physique régulière: soit environ 30 minutes, 3 fois par semaine)	
ALCOOL (H > 3 unités/j - F > 2 unités/j)	<input type="checkbox"/>

Données d'examen

Pression Artérielle: assis, après repos de quelques minutes

Moyenne des 2 fois consécutives au bras dominant

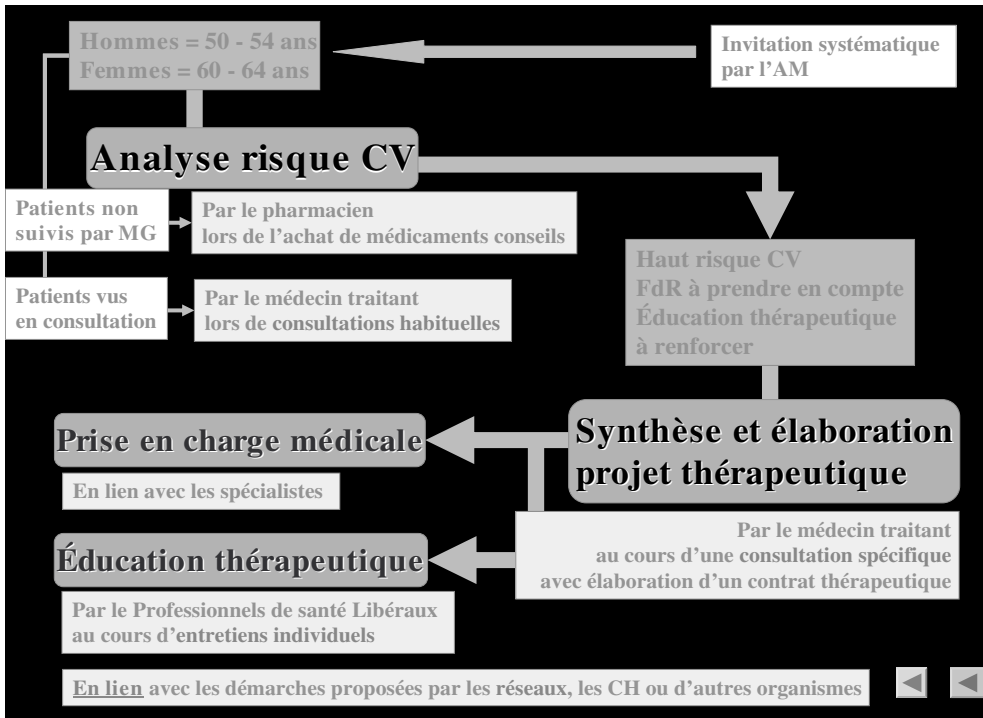
POIDS : _____ kg **TAILLE** : _____ cm **IMC** : _____ kg/m²

Périmètre Omphalical (pathologique H>94cm - P>80cm) : cm

vous en avez un des trois volets – et qui permet aux médecins de structurer l’analyse du risque cardiovasculaire.

Ce travail-là est fait, encore une fois, soit pendant une consultation habituelle pour une raison x ou y, soit pendant une consultation spécifique, ne demande pas forcément un temps plus long qu’une consultation « normale » mais, comme le soulignait l’expérience EsPeR, peut être aussi fait avant une consultation.

Et puis, parce que les médecins traitants ne voient pas tous les patients de cette tranche d’âge au cours d’une année, on a imaginé impliquer les pharmaciens dans cette analyse de risque cardiovasculaire, l’hypothèse étant que les pharmaciens voient peut-être un certain nombre de patients qui n’ont pas de médecin traitant ou qui ne voient pas habituellement un médecin traitant et qui se rendent dans une officine pour l’achat de médicaments conseils.



Du coup, les pharmaciens analysent le risque cardiovasculaire des patients à partir de la même grille d’analyse.

Et puis, pour les patients à haut risque cardiovasculaire pour lesquels il y a quelque chose à faire, le médecin peut « reconvoquer » le patient et prendre, là, un peu plus de temps pour approfondir l’analyse du risque cardiovasculaire et négocier avec le patient un contrat thérapeutique.

Ce contrat thérapeutique se formalise, à ce stade-là, sous cette forme où un certain nombre de valeurs cibles... sur des paramètres médicaux ou encore des objectifs « négociés », concernant l'activité physique, l'alimentation ou autre.

Concernant la détection de ces facteurs de risque, ici, on s'était ciblé sur le risque cardiovasculaire on peut imaginer des supports qui permettent d'élargir d'emblée l'analyse du risque des patients, l'analyse des facteurs de risque.

C'est une initiative qu'a pris l'URML Poitou-Charentes avec un carnet de prévention qui correspond à l'analyse des risques sur trois tranches d'âges : 15-20 ans, 40-50 ans et 60-75 ans. C'est le docteur Berrard, ici présent, qui pourra éventuellement répondre à vos questions, parce que c'est un projet qu'il a porté.

On se retrouve donc avec un dispositif assez astucieux qui consiste à donner un support au médecin traitant qui va, comme cela, passer en revue les différents risques pertinents pour la tranche d'âges considérée (en l'occurrence, là, ce sont les patients de 40 à 50 ans) et, sur un feuillet autocopiant, inscrire en même temps les différentes recommandations relatives à ce patient-là.

Votre Santé Consultation Prévention	Patient de 40 à 50 ans	Risque de mortalité à 10 ans 38%	61% du risque est accessible par la prévention ou le dépistage
--	-------------------------------------	--	---

Carnet de prévention Médecin - Patient

Pendant votre consultation, ne cochez que les risques et les pathologies que vous identifiez.

Quel que soit le patient :	Risques à identifier homme ■ femme ■
1. Vaccins <input type="checkbox"/>	1. Cancer de laxe trachée/bronches/poumon <input type="checkbox"/>
2. IMC <input type="checkbox"/>	2. Cancer du sein (immunographe pour les femmes) <input type="checkbox"/>
3. Dents <input type="checkbox"/>	3. Cancer des voies aériennes supérieures (sans professionnel) <input type="checkbox"/>
4. Yeux <input type="checkbox"/>	4. Cirrhose et psychose alcoolique <input type="checkbox"/>
5. Oreilles <input type="checkbox"/>	5. Cardiopathies ischémiques <input type="checkbox"/>
6. Peau <input type="checkbox"/>	6. Suicide <input type="checkbox"/>
7. Antécédents familiaux <input type="checkbox"/>	<small>Vous réveillez-vous en formé le matin ? Y a-t-il un événement familial qui vous ait marqué ? Est-ce que la vie à la maison ou au travail est pour vous plutôt agréable ou désagréable ? Peignez-vous souvent ? Avez-vous des idées noires ? Avez-vous déjà été agressé, maltraité, humilié, menacé, victime de gross déplacés ?</small>
8. Diabète <input type="checkbox"/>	7. Cancer colorectal (antécédents) <input type="checkbox"/>
9. Tabac <input type="checkbox"/>	8. Maladies cérébro-vasculaires <input type="checkbox"/>
10. Alcool <input type="checkbox"/>	9. Autres accidents (circulation exclue) <input type="checkbox"/>
11. Drogues <input type="checkbox"/>	10. Cancer de l'utérus (mois et vie sexuelle pour les femmes) <input type="checkbox"/>
12. Ostéoporose <input type="checkbox"/>	11. Accidents de circulation <input type="checkbox"/>
	12. Cancer de la prostate (antécédents pour les hommes) <input type="checkbox"/>

Recommandations du médecin (date : / /)

Nom du patient : _____
Adresse : _____
Tél : _____

Votre Santé Consultation Prévention	Patient de 40 à 50 ans	Risque de mortalité à 10 ans 38%	61% du risque est accessible par la prévention ou le dépistage
--	-------------------------------------	--	---

Diagnostic de prévention du patient

A remettre à votre patient

Quel que soit le patient :	Recommandations
1. Vaccins <input type="checkbox"/>	1. Vous fumez trop ou consommez trop d'alcool <input type="checkbox"/>
2. IMC <input type="checkbox"/>	2. Faites-vous dépister <input type="checkbox"/>
3. Dents <input type="checkbox"/>	3. Contactez la médecine du travail <input type="checkbox"/>
4. Yeux <input type="checkbox"/>	4. Vous consommez trop d'alcool <input type="checkbox"/>
5. Oreilles <input type="checkbox"/>	5. Modifiez votre style de vie : > surveillez votre tension, alimentation équilibrée, activité sportive régulière...
6. Peau <input type="checkbox"/>	6. Vous avez un risque de dépression <input type="checkbox"/>
7. Antécédents familiaux <input type="checkbox"/>	7. Faites faire un dépistage > recherche de sang dans les selles ou coloscopie selon antécédents
8. Diabète <input type="checkbox"/>	8. Soyez attentif à votre hygiène de vie <input type="checkbox"/>
9. Tabac <input type="checkbox"/>	9. Vous avez des activités à risques (escalade, kayak) <input type="checkbox"/>
10. Alcool <input type="checkbox"/>	10. Faites vous faire un frottis et un bilan biologique <input type="checkbox"/>
11. Drogues <input type="checkbox"/>	11. Soyez prudent en voiture <input type="checkbox"/>
12. Ostéoporose <input type="checkbox"/>	12. Faites vous faire des examens complémentaires > PSA, examen dentique

Recommandations du médecin (date : / /)

Nom du patient : _____
Adresse : _____
Tél : _____

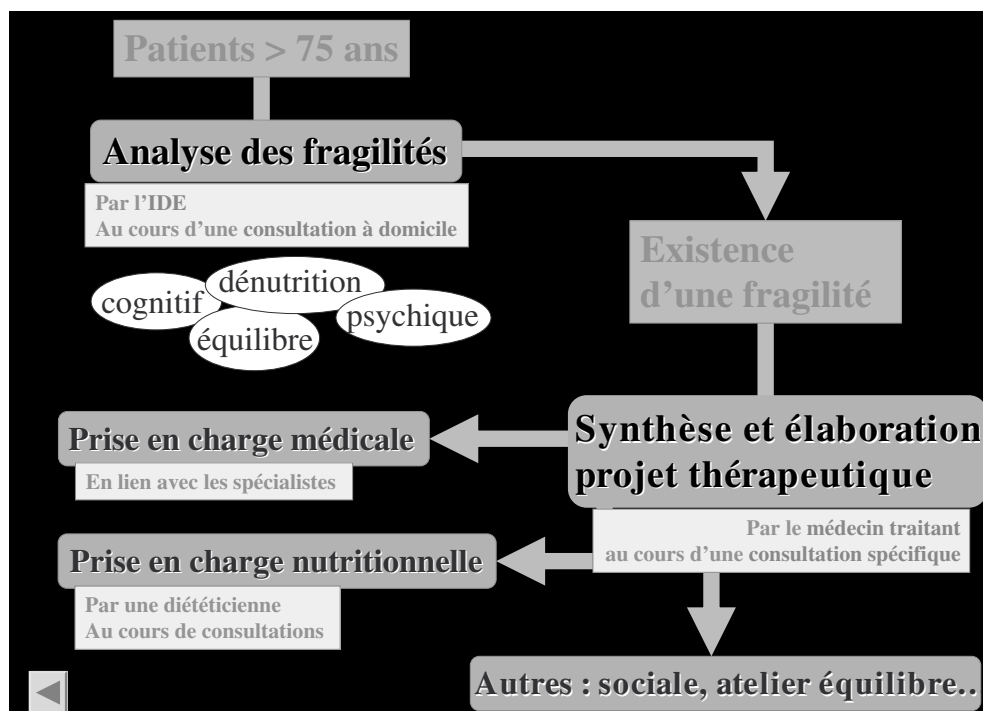
Cela permet donc de structurer, là aussi, un temps de consultation spécifique, le médecin ne l'utilisant d'ailleurs pas spécifiquement dans une consultation dédiée à la prévention. Il l'utilise parfois dans une consultation « tout-venant ».

Je voulais aussi souligner une autre initiative de l'URML Poitou-Charentes, le projet ASALEE qui a été initié dans les Deux-Sèvres par le Docteur Gautier et qui consiste à intégrer des infirmières dans les cabinets médicaux pour structurer ou aider les médecins à structurer ces actions de prévention, à la fois sur la dimension repérage des risques, permettant aux médecins d'utiliser les données disponibles dans le dossier médical, préparer soit des consultations tout-venant, soit consultations spécifiques.

Donc là encore, c'est l'idée que l'on peut s'appuyer sur d'autres professionnels de santé pour aider le médecin à structurer son activité de prévention.

L'organisation professionnelle concerne aussi l'aval qui a été souligné par d'autres interlocuteurs, notamment pour organiser ce que l'on appelle l'éducation thérapeutique, tout le « volet éducatif », cette éducation thérapeutique pouvant bien sûr être en partie réalisée par le médecin traitant, à condition d'une formation spécifique. Et ce sont des formations qui sont assez lourdes et longues, ce qui nous a amenés à penser le rôle du médecin traitant comme étant, pas à la marge, mais plutôt en appui au travail que peuvent faire d'autres professionnels de santé, notamment les infirmières libérales.

Et par conséquent, c'est ce qui est en cours d'expérimentation au sujet du projet cardiovasculaire, puisqu'une fois que le médecin et le patient se sont entendus sur un



certain nombre d'objectifs, le médecin propose au patient des consultations avec une infirmière libérale qui a été repérée et spécifiquement formée. Cette infirmière libérale va mettre en œuvre une série d'entretiens qui vont déboucher sur un vrai plan personnalisé de prévention et de promotion, l'infirmière libérale pouvant elle-même s'appuyer sur des actions collectives développées par exemple par les réseaux.

Là aussi, on aurait pu imaginer – et c'est ce qu'a fait l'URML Poitou-Charentes – un autre modèle qui consiste à intégrer les infirmières dans les cabinets médicaux pour mettre en œuvre cet aval, c'est-à-dire ces entretiens à visée éducative.

Ce n'est pas nécessairement inintéressant comme approche, dans la mesure où une des difficultés que l'on rencontre dans le projet qui associe médecins généralistes et infirmières libérales est peut-être le manque de dynamique, le manque de liens qui existe entre les médecins et les infirmiers, lié tout simplement à la dispersion géographique des lieux d'exercice.

En conclusion

- Une nouvelle organisation
 - Un territoire de proximité
 - Les professionnels de santé de premier recours
 - Des objectifs partagés
 - Un système d'information
 - De nouvelles missions
 - IDE
 - Secrétaire / assistante
 - De nouvelles compétences
 - Une diversification des modes de rémunération
 - Pour financer ces nouvelles missions
 - Pour inciter les professionnels / objectifs de santé publique
 - Un pilotage local
- Maison de santé – Réseaux de santé local ?

Ainsi – cela va être une de mes conclusions – on touche là au projet de maisons de santé qui paraissent effectivement assez intéressantes.

Pour régler, et vous avez vu cela, la question de l'approche en population, on a imaginé deux mécanismes ; le premier par la mobilisation de tous les médecins

traitants d'une zone géographique (c'est ce qui a été fait sur le dossier cardiovasculaire où il est en cours d'expérimentation à Dinan : sur les 24 médecins généralistes de Dinan, 21 ont accepté de participer à ce projet) ; par des modalités de rémunération, notamment sur le projet cardiovasculaire.

On a proposé au médecin traitant un mode de rémunération un peu différent de ce qu'il connaissait jusqu'à présent, puisqu'il s'agissait de lui donner un forfait conditionné par l'atteinte d'objectifs, un de ces objectifs étant que 60 % de sa patientèle dans la tranche d'âges ciblée devaient être inclus dans le projet, c'est-à-dire devaient avoir une analyse du risque cardiovasculaire structurée qui devait déboucher, pour les patients à risque cardiovasculaire sur un contrat thérapeutique signé.

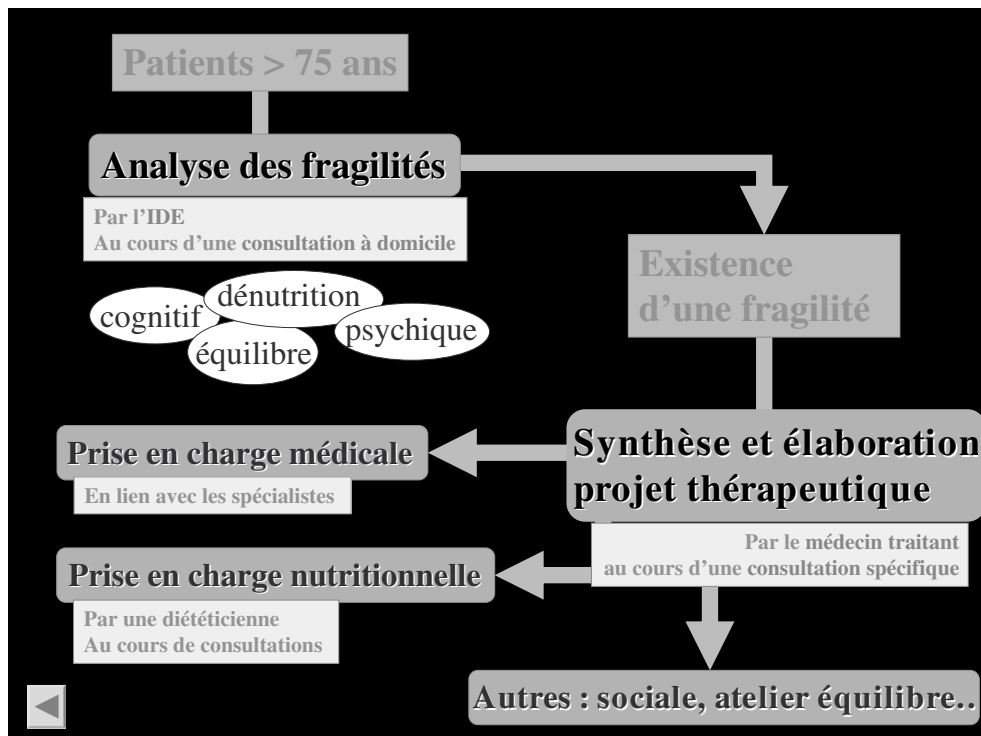
Si le médecin n'incluait pas 60 % de sa patientèle dans ce processus-là, il ne recevait pas de forfait. Par contre, s'il incluait au moins 60 %, il recevait un forfait qui était ajusté ensuite à ses résultats.

Les médecins généralistes, à Dinan en tous les cas, l'ont tous accepté. On pensait que cela les ferait un peu réagir. Pas du tout. Lors de l'assemblée générale de l'URML, les syndicats représentés, quels qu'ils soient, ont accepté aussi cette idée. Preuve qu'on peut penser assez facilement de nouveaux modes de rémunération dès qu'ils s'appuient sur des projets concrets, qu'ils répondent en fait à un projet professionnel, qu'ils ont du sens pour la pratique des uns et des autres.

On a voulu aller plus loin : proposer un forfait conditionné à des résultats de santé (diminution du risque cardiovasculaire). Les médecins n'étaient pas opposés. Ils auraient été intéressés par la chose. Par contre, les paramédicaux avec lesquels on travaillait, ne l'ont pas souhaité, donc le processus s'est terminé là.

Une autre façon de développer une approche en population, c'est en gros de prendre des listes électorales et de contacter toutes les personnes qui y figurent dans la tranche d'âges ciblée. C'est ce qui a été fait dans un projet concernant la détection des fragilités auprès des personnes âgées, où les médecins traitants ont travaillé avec les infirmières libérales sur des cantons ciblés, ont envoyé un courrier à toutes les personnes âgées de plus de 75 ans repérées sur les listes électorales leur proposant qu'une infirmière se rende à leur domicile pour faire « une petite batterie de tests ». Donc, on avait le mini-GDS, le MNA, le MNS, tous ces tests que vous connaissez. Les infirmières ont été bien sûr formées pour cela et y sont allées avec une très bonne acceptabilité des patients et ont pu ainsi renvoyer au médecin traitant de chaque patient, une analyse des fragilités, le médecin prenant ensuite « la main » et orientant le patient vers le professionnel de santé adéquat pour prendre en charge les problèmes repérés ; professionnel de santé ou action de prévention. Par ailleurs, on

avait mis en œuvre parallèlement des ateliers Équilibre, des consultations remboursées chez les diététiciennes.



Et donc là aussi, c'est une autre façon d'impliquer des paramédicaux dans l'organisation de ces actions de prévention, plus en amont qu'en aval pour cette expérience autour de la nutrition, avec des résultats intéressants, mais cette difficulté à renforcer l'action de l'infirmière et l'action du médecin dans le même temps... Enfin, dans la même dynamique, c'est-à-dire qu'on a vraiment le sentiment que le fait que chacun ait ses lieux d'exercice et ses problématiques spécifiques, rend un peu plus difficile l'articulation entre les deux.

Rapidement, en conclusion, de notre point de vue, au moins pour l'URML Bretagne, si on parle de prévention, il faut peut-être saisir l'opportunité pour repenser l'organisation des soins ambulatoires sur des territoires de proximité, l'idée étant de s'appuyer sur des territoires de 15 000-20 000 habitants ; organisation qui n'implique pas seulement les médecins traitants mais l'ensemble des professionnels de santé de premier recours (médecins, infirmiers, pharmaciens, kinés, etc.) ; que cette organisation définisse clairement des objectifs de prise en charge ou des objectifs de prévention qui sont partagés par les uns et les autres ; de s'appuyer sur des systèmes d'information.

Ce ne sont pas nécessairement des systèmes d'information « informatisés », dossier médical partagé, cela peut être, au moins dans un premier temps, des systèmes papier, mais des systèmes qui permettent de repérer les patients pour lesquels des actions de prévention doivent être mises en œuvre et qui permettent ensuite de suivre la mise en œuvre de ces actions de prévention.

Cela suppose de réfléchir ou de mettre en œuvre des nouvelles missions, notamment pour les infirmières qui sont probablement des relais utiles et précieux en amont ou en aval des consultations réalisées par le médecin.

Il y a aussi, à notre sens, à renforcer toute la dimension secrétariat-assistant, c'est-à-dire la gestion des dossiers médicaux. La structuration, la préparation des réunions peut ne pas forcément être réalisée par les infirmiers.

Cela veut dire aussi de nouvelles compétences, pour le médecin en matière d'éducation thérapeutique, mais aussi pour les infirmiers ou les autres professionnels de santé qui seraient mobilisés autour de cette organisation.

Cela peut passer par de la diversification des modes de rémunération pour financer ces nouvelles missions et/ou inciter les professionnels par rapport à des objectifs de santé publique. C'est ce que l'on avait esquissé sur ce projet cardiovasculaire et cela suppose un pilotage local. En effet, pour mettre en œuvre ces actions-là, il faut qu'à un moment ou à un autre, un professionnel de santé, un médecin ou un infirmier soient en situation d'animation locale et mobilisent au fond le tissu professionnel par rapport aux objectifs qui sont fixés.

Par conséquent, à notre sens, on dessine, à travers cette réflexion sur l'organisation professionnelle, ce que pourraient être demain ces maisons de santé ou ces réseaux de santé locaux – je ne sais pas comment il faut les appeler – qui sont mis en avant comme des solutions, non seulement pour pallier aux problèmes de démographie médicale mais je pense, d'une façon plus générale, une solution aux enjeux que représentent notamment les mutations épidémiologiques pour les professionnels de premier recours.

**

Président de séance : François Alla

Nous avons le temps pour quelques questions.

François Paré

Angers

Il me semble que c'est peut-être mettre la charrue avant les bœufs de lancer une consultation de prévention pour les patients à haut risque cardiovasculaire sans savoir quelle utilité cela peut avoir. À ma connaissance, pour l'instant, il n'y a pas d'étude qui ait été réalisée sur ce sujet.

Par contre, il y a une étude qui vient juste de démarrer impliquant 400 médecins généralistes et entre 4 000 et 5 000 patients. Elle trouvera son aboutissement dans deux ans. Deux groupes sont comparés : un groupe de 200 médecins qui continueront à faire leurs pratiques habituelles et 200 autres médecins qui auront un cahier des charges extrêmement rigoureux pour cette pratique préventive dans le cadre des maladies cardiovasculaires des patients à haut risque n'ayant à ce jour aucune pathologie.

Je veux bien être évalué sur des résultats en termes de santé publique après cette étude, pas avant.

Rémi Bataillon

Je n'ai peut-être pas été assez clair : la question de ces projets-là n'est pas de tester une consultation médicale de prévention, il s'agit de tester un dispositif d'organisation de la prise en charge qui s'appuie par ailleurs sur des procédures, sur des recommandations qui ont été, elles, validées et qui ont montré leur efficacité.

Je sais qu'il y a tout un débat aujourd'hui sur l'efficacité des consultations médicales de prévention, que ce soit pour les patients à haut risque cardiovasculaire ou pour les autres. Une des raisons des difficultés à démontrer, me semble-t-il, l'efficacité de la consultation médicale de prévention, c'est qu'on l'extrait d'une organisation plus générale de prise en charge de ces patients-là.

Et concernant la littérature à laquelle vous faites référence, il y a alors là, par contre, une littérature très abondante sur l'efficacité des différentes mesures qui vont être mises en œuvre par les uns et les autres à travers cette organisation, efficacité sur les résultats de santé, diminution du risque cardiovasculaire notamment...

Bénédicte Menu

Coordinatrice d'un réseau de prévention vasculaire dans les Côtes d'Armor

Nous avons mis en place des ateliers d'éducation thérapeutique du patient à risque vasculaire depuis le début de l'année. Et c'est très intéressant, ce que vous venez de

dire, puisque c'est vraiment le nœud du problème : c'est que nous voulons travailler en collaboration avec les médecins traitants. Cela ne peut pas se faire autrement.

Par contre, il faut vraiment que pour le médecin traitant, cela ait un sens. Si on veut que le médecin traitant participe, il faut que pour lui, cela ait un sens dans sa pratique.

Donc, c'est important de considérer cela, surtout au vu des résultats qui ont été donnés en début de conférence sur l'impression que le médecin a de faire de la prévention.

Donc, c'est bien là le nœud du problème : c'est comment répondre aux besoins du médecin qui n'en ressent pas le besoin, c'est-à-dire que le médecin ne comprend pas encore forcément l'intérêt de la prévention, de l'éducation thérapeutique du patient. Et quand on parle de la consultation de prévention du médecin, c'est très important d'avoir un langage qui soit dans sa pratique au quotidien et de ne pas vouloir lui demander de faire de la prévention qui justement ne va pas rentrer dans son objectif de gain de temps.

On est bien là-dedans, c'est bien leur problème de dire : « On n'a pas assez de temps. » Donc pour eux, il faut que ce soit une priorité dans leur pratique.

Donc, d'une part, il faudrait que cela devienne une priorité et, d'autre part, il faut qu'on leur permette de l'exercer avec le peu de temps qu'ils ont.

En fait, il faut bien avoir en tête de proposer une sensibilisation au médecin qui soit adaptée à sa pratique, c'est-à-dire peut-être l'aider à mieux comprendre une maturation aux changements de ses patients, d'être plus efficace dans ces termes-là, élaborer avec son patient un projet d'éducation, sans peut-être lui demander de le mettre en place.

Et c'est vrai que les maisons de santé dont vous parlez et l'implication des infirmières d'éducation, même au sein d'un cabinet libéral, peuvent être tout à fait intéressantes comme relais, mais il y a toute une sensibilisation de base à mettre en place auprès des médecins traitants.

Rémi Bataillon

Oui... enfin, il y a la nécessité d'une sensibilisation, voire d'une formation courte, parce qu'ils ne vont pas pouvoir y consacrer plusieurs jours d'affilée. Il n'est pas question, pour les médecins, de mettre en œuvre, seuls en tous les cas, cette démarche « éducative ». Ils ont besoin de relais.

Quand on arrive à dépasser avec eux la question du temps – et au fond, on y arrive assez facilement – ils sont tout à fait prêts (enfin, dans nos expériences) à jouer le jeu du partenariat avec d'autres professionnels de santé, notamment d'autres

professionnels de santé libéraux qui prendront en charge les patients en aval de cette « consultation spécifique ».

Je suis par ailleurs assez sensible, même si on a pris un angle d'attaque un peu différent, à promouvoir les consultations médicales de prévention, parce que cela va permettre de valoriser le médecin dans cet acte de prévention, donc c'est un acte qui est hautement symbolique. Les patients trouvent une satisfaction assez forte, aussi, on enclenche le médecin dans un processus qui n'est pas celui qu'il a au cours de sa consultation habituelle. Et cela a été assez bien montré en URML Poitou-Charentes à travers l'expérience du petit carnet de prévention que je vous ai présenté.

Bénédicte Menu

Est-ce que je peux faire juste deux petits retours de l'expérience que l'on a mise en place, justement par rapport à cette formalisation du lien avec le médecin traitant ?

Dans notre expérience aussi, les médecins traitants étaient tous partants pour faire l'expérience. Mais par contre, dans la participation effective, c'est là que se pose le problème.

Par exemple, sur 42 demandes de bilan envoyées vers le médecin traitant et avec une rémunération à l'appui, on a eu un seul dossier retourné.

Rémi Bataillon

Oui... On a travaillé avec votre prédécesseur, sur ces expérimentations. La difficulté, notamment, des réseaux de prévention vasculaire aujourd'hui, c'est que l'action du réseau est pensée en dehors du quotidien des médecins ou des autres professionnels de santé.

L'action des réseaux est intéressante et utile ; elle permet de poser des questions et de développer des outils. Il manque toutefois le relais sur le terrain, à savoir comment on va intégrer ces différentes procédures dans le quotidien des médecins.

Et en cela, l'implication d'infirmières libérales qui sont les partenaires quotidiens des médecins traitants, permet de redonner du sens au quotidien, du sens à ces actions.

Bénédicte Menu

Sauf... si je peux me permettre... J'ai été infirmière libérale. Il y a, comme vous dites, un manque de relation entre les infirmières libérales et le médecin. Ce n'est pas si simple.

Rémi Bataillon

Non, non, ce n'est pas simple et c'est vrai que le lieu est important. Parce que dans les projets que je vous ai cités, ils ont tous travaillé ensemble, ils étaient tous d'accord sur les objectifs, les procédures, etc. Mais le fait que chacun ait un lieu d'exercice un peu éclaté rendait probablement un peu difficile l'aboutissement de cette coopération.

Bertrand Garros

C'est juste une note toute brève pour dire que, certes, il fallait que les professionnels comprennent et qu'on leur explique, mais je crois aussi qu'il faut que les patients, leurs clients, tout un chacun comprenne aussi le sens de ce que l'on veut faire. Et je crois que ce travail pédagogique est extrêmement important. J'en ai parlé, je n'y reviens pas... à propos de la mutualité, mais ça me paraît fondamental.

On demande à tout le monde de se positionner complètement autrement que ce qu'on a fait jusqu'à présent. C'est aussi vrai pour les professionnels que pour les patients.

Gabriel Kunning

Médecin conseiller, chef de service, Bouches-du-Rhône

Je voudrais remercier les organisateurs pour le caractère particulièrement pédagogique de ces présentations puisque, à la lumière des expérimentations, je trouve que l'on voit de manière un peu éclatante la faiblesse des dispositifs institutionnels, en particulier celui de prévention et médecin traitant, puisqu'en donnant des outils de prévention au médecin traitant – bien sûr, c'est bien ; je ne dis pas qu'il ne faut pas le faire – on voit bien qu'on n'est ni dans une stratégie d'invitation systématique, ni dans une véritable stratégie de dépistage opportuniste qui devrait s'appuyer quand même au-delà des consultations, je dirai, qui se génèrent spontanément.

Et je crois que la deuxième faiblesse de notre dispositif institutionnel, c'est que si donner des objectifs de prévention au médecin traitant, cela peut permettre le premier contact, notre dispositif d'assurance maladie ne donne pas vraiment l'occasion d'un temps plus important pour la prévention en aval.

En fait, dans la réflexion de l'assurance maladie, ce pourrait être les centres d'examen de santé qui pourraient venir en relais et assurer cela. Du moins, c'est une position de l'assurance maladie.

En revanche, de dire que c'est ensuite l'ALD qui prend le relais, là, je crois que ce n'est pas du tout opportun, puisqu'en fait, il faut agir bien entendu avant que les patients arrivent à l'ALD.

En fait, cela me paraît assez évident, quand on entend les expérimentations qui viennent d'être présentées, et surtout pour dire que sur le terrain, on ne voit pas encore beaucoup bouger les choses. On a fixé des objectifs de prévention aux médecins traitants. Les médecins conseils ont fait quelques échanges confraternels sur la iatrogénie médicamenteuse, mais il me semble que le contenu concret n'est pas encore vraiment au rendez-vous.

Bernard Pissarro

Paris

Je voulais dire depuis ce matin, j'ai entendu plein de choses tout à fait passionnantes. On a parlé de promotion de la santé plus qu'on n'en parle habituellement. On a parlé d'amélioration du processus de santé. On a parlé de santé globale. On a parlé de plan personnalisé de prévention.

Et je m'étonne... je n'ai pas entendu parler du tout de deux déterminants importants de la santé qui pourraient être tout à fait pris en considération dans ces consultations, ce sont les conditions de travail et de non-travail, et les conditions de logement.

Si ces deux problèmes ne sont pas abordés, je vois mal comment on peut aborder vraiment la promotion de la santé des gens. Alors, ce n'est pas forcément simple. Je sais que cela relève en partie de la médecine du travail, mais je pense que cela relève aussi d'une prise en charge globale et d'un abord global de la personne.

Président de séance : François Alla

Je voudrais vous signaler que ces points seront abordés lors de la session 3, notamment les aspects professionnels.

Rémi Bataillon

Juste un élément de réponse, parce que c'est un point qui a souvent été soulevé par les médecins traitants lorsque l'on a travaillé avec eux sur un certain nombre de dispositifs de prévention. Ils se sentent aujourd'hui – et je ne pense pas que ce soit uniquement les médecins traitants – particulièrement désarmés devant ces questions-là. Et une de leurs demandes, notamment des promoteurs de ces maisons de santé, est de pouvoir travailler avec une assistante sociale pour justement pouvoir répondre à ces enjeux-là.

Et donc, on a comme ça un certain nombre de maisons de santé qui sont en train de voir le jour où ils cherchent à obtenir un temps d'assistante sociale au sein de la maison de santé. Cela peut être, à l'avenir, en tous les cas pour les médecins traitants, une des pistes de réponse.

Alain Morel

Je voulais juste répondre à notre confrère, pour ce qui était du choix entre systématisme et opportunisme. Je crois que dans la démarche que l'on a, au régime agricole toujours, on est plutôt dans le systématisme que dans l'opportunisme, c'est clair. Et on ne choisit pas nos invités, en quelque sorte, c'est eux qui s'inscrivent volontairement.

On a regardé pour voir ce qui se passait, si c'était des gens qui consommaient davantage que d'autres en termes de consultation. Cela dépend des tranches d'âges : sur les tranches d'âges les plus âgées, la consommation médicale est à peu près la même ; sur les tranches d'âges médianes, c'est-à-dire entre 45 et 55 ans, ceux qui viennent à nos examens de santé, effectivement, ont tendance à consommer un petit peu plus, à avoir consulté un petit peu plus sur l'année qui a précédé l'examen de santé.



Président de séance : François Alla

S'il fallait trouver un enseignement commun entre les trois expériences qui viennent d'être présentées, ce serait que la consultation de prévention ne doit pas s'envisager seule. C'est un processus. Il y a un processus de prévention avec une action en amont, une action en aval et la mobilisation, autour du médecin traitant, d'un certain nombre de partenaires.

Pour compléter cet éclairage sur les expériences, nous allons entendre trois points de vue, puis en débattre.

Le premier est celui de M. Christian Saout, sur le point de vue des usagers sur la consultation de prévention.

LE POINT DE VUE DES USAGERS SUR LA CONSULTATION DE PRÉVENTION

Christian Saout

CISS

Je voudrais remercier la Société française de santé publique et François Bourdillon de leur invitation. C'est toujours un plaisir d'échanger dans ces rencontres parce que,

il est vrai, je suis psychologiquement asséché par certains endroits où je suis contraint de siéger face aux syndicats médicaux, et il est bien évident que leurs *verbatim* ne provoquent pas chez moi l'enchantement qu'ont suscité les échanges de ce matin.

Ceci étant, je vais être obligé de disparaître et je vous prie de m'excuser de ne pouvoir participer à l'ensemble des échanges ; je me suis, en effet, engagé à aller à la session sur le DMP, cet après-midi.

Introduction

Quelques mots d'introduction, peut-être, sur ce qui pourrait ressembler à la position du Collectif interassociatif sur la consultation de prévention. Je vous rappelle que le Collectif interassociatif est un collectif qui a une spécificité particulière puisqu'on y trouve quatre regroupements d'associations : un regroupement Famille, un regroupement Patient, un regroupement Consommateur et un regroupement Personne handicapée. Donc, ce n'est pas ce qu'on pourrait penser une position « Patient » à l'instar de ce qu'on peut trouver dans d'autres pays occidentaux qui comportent des mouvements de patients. C'est probablement là une version « universaliste » telle que nous l'aimons tellement en France.

Du global au spécifique, une médecine impossible, en France ?

Alors, deux choses nous préoccupent plus particulièrement : le point de savoir si cette idée-là de l'approche globale doit être celle d'un deuil à faire en tant que la médecine serait incapable d'essayer d'avoir une approche globale et d'enclencher, à partir de ces approches globales, des actions spécifiques ou des approches spécifiques.

Cette attente est extrêmement forte chez les patients. Elle est probablement idéale. Est-ce qu'elle est tellement idéale qu'elle n'est plus du tout dans la réalité ? Mais c'est de cela dont on aurait envie, c'est d'avoir une consultation d'approche globale qui puisse s'enclencher, le cas échéant, sur la branche Prévention ou la branche Soins – ou bien sur les deux – mais qui parte de cette vision-là.

D'autant qu'on n'a pas le sentiment, quand on consulte en tant qu'utilisateur du système de soins, que la prévention intéresse beaucoup les généralistes.

On sait probablement tous qu'il y a trois questions à poser, celle de l'usage sexuel, celle des addictions et celle de l'alimentation, trois questions qui ne vous sont pas posées lors de la consultation de généraliste quand vous arrivez... et pas d'ailleurs quand vous choisissez un médecin traitant au sens de la loi de réforme de l'assurance maladie, lors de la contractualisation avec ce médecin traitant. On pourrait penser que ces trois questions-là sont posées comme faisant partie du paquet de départ d'un processus de soins, mais elles ne le sont pas.

La consultation de prévention, une spécialité ?

Alors, est-ce que dans ce contexte-là, on doit pousser à ce que la consultation de prévention soit une spécialité – soit en tant que telle, soit à l'intérieur d'un processus plus général – qu'elle soit identifiée ? C'est déjà le cas dans un certain nombre de domaines et puis vous avez vu que le projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit la consultation de prévention spécifique des plus de 70 ans, donc on est déjà rentré dans cette logique de spécialisation et j'en dirai quelques mots tout à l'heure, parce que cela renvoie à la question : où est-ce que l'on fait de la santé publique en France, coïncés que nous sommes entre, d'un côté, la convention médicale où tout se passe, où tout se négocie mais où nous ne sommes pas, nous, usagers du système de santé, mais uniquement les médecins face aux payeurs, et puis, de l'autre côté, un Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) dont vous avez vu qu'il a une fâcheuse tendance à devenir diverses dispositions d'ordre social ou diverses modifications d'ordre social, où on rajoute gaillardement, sous forme d'amendements gouvernementaux au Parlement tout ce qui n'a pas été discuté auparavant.

Donc, on continue à penser que la santé se gère un peu comme ça, entre la convention médicale d'un côté et puis un PLFSS en rattrapage de séance de nuit.

La fin de l'approche globale ?

Alors, la fin de l'approche globale... Première série de questions : nous, c'était cela qui nous intéressait toujours, et c'est toujours ce que nous avons soutenu au Collectif interassociatif, c'est regarder globalement pour agir spécifiquement.

Regarder globalement pour agir spécifiquement ?

Mais on voit qu'il y a quand même des grandes contraintes qui poussent à aller à rebours de cette logique, soit sous forme de séquençage Prévention, Soins séparés l'un de l'autre, soit sous forme de saucissonnage quand on pense cela du côté du patient où on est soit quelqu'un qui a un problème de santé, soit quelqu'un qui a un problème de ceci ou un problème de cela. Et il n'y a pas de vision globale.

Alors, quels sont les poids qui pèsent et sur lesquels on pourrait tenter d'agir ?

- C'est probablement le poids d'une médecine curative. Quand vous regardez selon les derniers chiffres de la DRESS dans le budget Santé, 11 % des sommes consacrées dans le pays le sont à la prévention, tout le reste aux soins. Autant dire que la partie curative est évidemment très forte.
- Il y a une difficulté aussi, dans ce pays, à penser la prévention en dehors de la médecine, alors que, vous le savez, la prévention, elle est aussi dans la vie, elle n'est pas que dans le rapport aux soins ou dans le rapport au médical.

Alors, probablement les états généraux de la prévention permettront de relever un peu cette connotation très médicale et de remettre la prévention dans une préoccupation du quotidien extra-médicale.

Avec une médecine libérale, comment agir collectivement pour la prévention ? Et on le voit bien dans le dernier diaporama qui a été passé tout à l'heure par M. Rémi Bataillon de l'URML Bretagne, c'est que l'on voit bien que l'on essaie de faire de la prévention avec d'autres, mais surtout pas avec les usagers. On parle avec des « sachants » de la santé, des gens avec qui on peut se comprendre. Je ne dis pas que ce n'est pas bien. C'est déjà une formidable avancée. Mais comment est-ce que l'on fait avec un système de médecine libérale pour pouvoir aller dans la dimension collective en tant que professionnel de soins, mixé à la population et avec les associations de patients ou d'usagers du système de soins qui ont probablement très envie aussi d'intervenir sur ces champs et d'apporter leur propre expertise, ou parfois aussi simplement leur témoignage, et j'aurai l'occasion d'y revenir.

- Autre tendance lourde qui fait que l'on a du mal à avancer sur la prévention, c'est le fort séquençage de la prévention : un plan par-ci, un plan par-là, un plan truc, un plan bidule. Il n'y a absolument aucune vision globale. Et même quand vous regardez le programme Nutrition Santé, il est finalement résolu à un objectif assez simple, c'est : 5 fruits et légumes... bon... Mais pourquoi ? *And so what ?* Et pourquoi ? Pour favoriser la filière Fruits ? On ne sait pas très bien. Donc, on rajouterait quelque chose autour de la prévention des cancers, on aurait déjà un peu plus gagné, mais ce côté-là, séquençage de la prévention, est quand même quelque chose d'extrêmement lourd, et l'absence de vision cohérente.

Probablement, nous, on aurait un intérêt à ce que l'on parle de prévention dans le cadre de la prévention d'un potentiel Santé. C'est volontairement que je ne dis pas « capital », parce que le capital, on l'entretient, mais tout le monde n'a pas le même capital Santé selon l'état dans lequel il se trouve physiquement ou biologiquement. Donc, l'idée de sauver son potentiel Santé, de faire quelque chose de son potentiel Santé, avec deux pieds pour marcher : un premier pied préventif qui consiste à limiter les risques, et un deuxième pied qui est le pied thérapeutique, c'est quand même changer aussi d'échelle ou de registre. Et je pense que sous cette idée-là de potentiel Santé, qui peut fonctionner comme une ombrelle, on peut à la fois mettre des démarches générales de prévention, de limitation des risques ou d'éducation à la santé, des démarches plus thématiques autour de telle ou telle thématique de prévention, et puis aussi les approches thérapeutiques et éviter de renvoyer les uns et les autres à un éclatement en fonction de tel ou tel besoin particulier.

Toujours dans la fin de l'approche globale, quelles sont les tendances lourdes qui pèsent ?

- Il y a peu de prise en compte du critère environnemental dans la prévention. Et même quand on pense au mieux que l'on peut faire dans les consultations de prévention : oui, mais comment va-t-on assurer la remontée de ce que l'on documente, dans ces consultations de prévention, vers les systèmes qui ont en charge de penser la prévention ?

La démonstration a été faite par la personne qui est intervenue autour de la MSA où l'on voyait qu'il y avait quand même un lien extrêmement fort entre ce qui est observé dans la clinique de prévention et la manière dont cela remonte pour essayer de dessiner des réponses plus particulières ou des programmes adaptés.

Donc, ce n'est absolument pas impossible, bien entendu, mais encore faut-il vouloir le faire. Et probablement dans le mot d'ordre de la consultation de prévention, y compris chez le généraliste, il y a cette question-là : « Et on fait quoi des données, après, pour gouverner, pour influencer sur la politique de prévention, notamment au plan local ? ».

- Une observation que l'on fait également au Collectif interassociatif, notamment avec toutes les histoires ou tous les témoignages d'errance thérapeutique qui sont donnés, c'est quand même que beaucoup de généralistes ignorent des grilles robustes, extrêmement simples de documentation d'une situation, que ce soit en matière de dépression, par exemple, de gens qui restent trop longtemps sous-dosés alors que... bon, il y a vraiment des choses à gagner avec des attitudes extrêmement simples.

Le questionnaire qui a été donné par l'Association française de lutte contre les myopathies comporte 10 questions pour essayer d'approcher l'idée qu'il existe ou qu'on est en proximité d'une maladie rare et il est extrêmement peu connu, peu diffusé et peu repris.

Au total, en bout de course... vous connaissez tous les chiffres, je ne fais que les rappeler, mais on a le taux de mortalité évitable à 65 ans le moins bon. Et c'est l'indicateur même du challenge qu'il nous appartient de relever en matière de prévention.

Les défis contemporains et à venir ?

Quels sont justement ces défis contemporains et à venir ? Je vais essayer d'en faire une liste :

- Il y a l'aspiration de plus en plus forte à conserver son potentiel Santé et, je le redis encore, c'est volontairement que je n'utilise pas « capital Santé ».

- Le deuxième point, c'est : bien sûr, limiter à terme les coûts de la santé, mais du point de vue des patients, dans les témoignages qu'on entend dans les différentes associations qui composent le Collectif interassociatif, c'est éviter à autrui les souffrances que l'on a subies. C'est cela, la première chose.

L'histoire de « on va gagner un peu de ronds dans le trou de la caisse de l'assurance maladie », ce n'est pas tellement cela qui motive les usagers du système de santé ou les militants qui sont engagés dans les associations de patients ; c'est de pouvoir éviter à autrui, par la prévention, les souffrances que l'on a rencontrées soi-même, dans son chemin face à une maladie.

- Autre élément qui est un élément d'aspiration, c'est la nécessité de renforcer la prévention dans une contrainte financière extrêmement forte. Vous pouvez reprendre tous les rapports du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie et tous les modèles économiques dont on avait d'ailleurs parlé dans une conférence qui avait été organisée il y a six mois ou un peu plus avec la SFSP sur l'économie de la prévention, qui était une conférence soutenue par GSK.

On sait bien qu'il y a peu de modèles économiques qui nous permettent de dire à coup sûr qu'on va gagner demain. Tous les modèles montrent qu'on va peut-être gagner après-demain, et encore ? ?

Donc, de toutes façons, cela va coûter beaucoup plus. Donc, le problème n'est pas de ce qu'on va gagner, mais le problème est de ce qu'on va gagner en termes de douleur.

Quels sont les défis contemporains à venir ? Suite de la liste.

- C'est quand même le renforcement de la médecine préventive qu'on voit monter de tous côtés, avec de plus en plus de tests, y compris en dehors du champ médical, donc une partie par exemple du dépistage comme outil de la prévention va se passer aussi en dehors de la relation médicale, notamment avec l'arrivée d'Internet et le fait qu'un certain nombre de tests soient disponibles sur ces sites Internet. Il y a là des choses qui vont se jouer en dehors du médical et qui vont probablement influencer sur la perception des choses, parce que je pense que nos concitoyens ont une vision de la médecine préventive extrêmement forte, extrêmement demandeuse.
- Les perspectives de la médecine prédictive aussi vont venir jouer un rôle important dans ce que pourrait être demain la consultation de prévention, avec la tendance à vouloir en savoir de plus en plus sur soi-même pour pouvoir éviter un certain nombre de choses, et notamment de pouvoir trouver ces médicaments qui traitent, notamment avec les biotechnologies qui traitent avant la dégradation et qui permettent d'améliorer ce potentiel Santé avant que la maladie n'arrive ou que les effets les plus délétères

soient là. Ce qui amène d'ailleurs Didier Tabuteau, dans un ouvrage qu'il vient de publier, a parlé de la médecine des bien-portants dans son bouquin qui s'appelle « Les nouvelles frontières de la médecine » et qui va probablement bouleverser aussi les représentations des uns et des autres avec ce qu'elle peut permettre demain.

Alors, je ne vais pas dire quelque chose d'extrêmement différent de ce qui s'est dit depuis ce matin : que la consultation de prévention n'a de sens que reliée à une totalité plus englobante.

La consultation de prévention, un outil parmi d'autres

La consultation de prévention, pour nous, c'est augmenter la quantité de prévention et je pense qu'on ne trouvera aucun patient pour dire que ce n'est pas bien, mais qu'évidemment, c'est beaucoup mieux. Mais il nous semble qu'elle ne fait que renforcer un certain nombre de tendances lourdes de la médecine française, c'est-à-dire plutôt l'individuel que le collectif, et que l'on a particulièrement le sentiment qu'en prévention on gagne aussi avec la mobilisation collective, avec la mobilisation des groupes, ce que nous ne savons pas beaucoup faire, dans notre pays, par rapport à d'autres cultures anglo-saxonnes où l'idée de collectivité ou de communauté mobilisée face à un risque ou face à un enjeu de prévention est plus forte.

On est assez pessimistes, quand on regarde la consultation de prévention et qu'on connaît la moyenne de minutes de la durée de consultation, au moins à Paris. Je ne rêve pas aux consultations de prévention que faisait du médecin qui est intervenu, je ne sais plus d'où, qui fait une médecine de famille à la campagne, mais je parle de la consultation parisienne, celle où on vous prend la tension par-dessus les manteaux parce que c'est quand même plus confortable. Donc, avec des consultations à 7 minutes de moyenne, puisque c'est le chiffre que ressort la Caisse primaire d'assurance maladie de Paris, qu'est-ce qu'on fait comme prévention dans une consultation de 7 minutes ? Cela nous laisse probablement rêveurs.

En tout état de cause, la consultation de prévention doit être une offre parmi d'autres, « référencée ». Je pense qu'on tient beaucoup à l'idée qu'elle ait un profil, qu'elle ait peut-être même un algorithme. Alors, on va nous traiter de doux dingues, etc., mais c'est soit on parle d'une chose qui existe, soit on parle d'un rêve qu'on caresse.

Pour nous, une consultation de prévention, c'est quelque chose qui est documenté dans son processus, qui est protocolisé tout du moins, et probablement tarifé dans le cadre d'un forfait et pas dans le cadre d'une consultation à l'acte comme on les connaît et dont on voit les effets délétères sur la prévention, avec le résultat que je vous ai donné tout à l'heure sur le taux de mortalité évitable à 65 ans.

Alors, à côté de cela, quand on dit « la consultation dans un ensemble », les stratégies de terrain doivent être également privilégiées. Un certain nombre de choses sont faites par les collectivités locales. Et là aussi, il y a des expérimentations extrêmement productrices d'intérêt en matière de lutte contre l'obésité, par exemple, à partir de la mobilisation des collectivités locales et des cantines scolaires, avec le rôle que peut y jouer l'assurance maladie avec les fonds dédiés en matière de prévention, et puis aussi les associations.

Moi, je crois beaucoup à ce qui a été évoqué par une personne tout à l'heure à la tribune sur l'idée d'aller rechercher des territoires qui ont du sens pour mener la prévention. Et ce n'est sûrement pas en regardant la région, etc., c'est en allant dans des bassins de vie ou des bassins de population beaucoup plus réduits, avec des problématiques communes très marquées qu'on pourra changer l'échelle dans la prévention.

Alors, les mutuelles se sont aussi un peu engagées, probablement en se collant beaucoup au modèle curatif. Je regrette que Bertrand soit parti... ah, tu es là... parce que je vais dire des mots peut-être pas agréables et tu vas m'en vouloir.

Elles ont un peu bougé avec leurs plates-formes, avec un certain nombre d'actions thérapeutiques d'un certain nombre d'associations qu'elles financent et avec le parcours de soins... je ne sais plus ce qu'il faut dire... il ne faut pas dire « de soins », il faut parler de santé mutualiste... mais je dois avouer : l'évocation par la mutualité est riche du point de vue du vocabulaire, mais manque encore pour moi de concrétisations craquantes sous la dent. Donc, je ne vois pas toujours forcément bien ce que vous mettez dedans, mais ça va venir... probablement...

Néanmoins, cela me pose beaucoup de questions, mais je pense que tu les partages avec moi, c'est que dans un monde où les personnes se démutualisent, il y a un enjeu extrêmement fort là-dedans, parce que dans un pays, vous savez, qui a 7 millions de personnes qui vivent avec moins de 800 euros, on observe déjà, en tout cas dans les échanges que j'ai avec un certain nombre de responsables mutualistes, un désengagement de la complémentaire chez les jeunes étudiants qui n'ont pas les moyens de payer cette complémentaire et puis, de l'autre côté aussi, chez les personnes plus âgées qui se désengagent des mutuelles parce qu'elles sont trop onéreuses. Et regardez les résultats : il y avait un objectif de 2 millions de personnes pouvant accéder à l'aide à la mutualisation et on en est péniblement à 300 000.

Donc sûrement il y a des choses à faire, je dirai dans le réservoir mutualiste complémentaire, mais il y a un sérieux coup de trique à donner sur l'accès aux couvertures complémentaires si on veut pouvoir utiliser le levier des mutuelles face à la prévention.

Je pense qu'il y a aussi la nécessité d'offrir à nos concitoyens les plus vulnérables des lieux de santé globale où on fera à la fois la prévention et le soin, pour la raison que j'ai présentée tout à l'heure de grande fragilité économique d'un certain nombre de personnes, bien sûr, mais aussi parce que mettre la prévention et le soin en même temps, c'est quand même quelque chose de formidable en termes de coordination, de liaison et de capacité à l'intervention au bénéfice d'une personne.

Au Collectif interassociatif – dernier élément – on est aussi très attachés à l'idée de sauver, entre guillemets, le « soldat référent ». Alors, c'est probablement, dans l'espèce de bruit de fond ambiant, pas ce qu'on aurait envie de faire. Et puis c'est vrai qu'avec ce jeu qui consiste à avoir tout mis dans la convention médicale, il n'y a plus aucune possibilité de levier pour peser sur ces questions-là.

Mais conserver le médecin référent et faire évoluer le médecin traitant de façon à ce que la consultation de prévention trouve sa place dans quelque chose que nous, on appelle le Pacte permanent de santé, cela a pour nous du sens. Donc, soit on met en latéral du médecin traitant l'idée qu'on pousse énormément dans les discussions avec l'assurance maladie sur le Pacte permanent de santé, de manière ce que, à l'intérieur, une consultation de prévention y soit identifiée. Voilà les choses qui nous intéressent.

En conclusion

a/ Du point de vue du financement, il nous semble que le forfait favorise l'approche globale et donc la prévention

Faut-il le sortir de la rémunération de l'assurance maladie de manière à se garantir quelque marge de manœuvre plus large qu'on n'en aurait dans un dialogue entre Frédéric van Roekeghem et Michel Chassang ? Probablement. Cela devrait être plus fructueux, parce que si on les laisse tous les deux, je ne suis pas sûr qu'ils nous fassent un avenir risible.

Donc, il faut sûrement essayer de tirer cela sur un autre mode de financement, ailleurs, avec d'autres parties autour de la table, pour essayer d'avoir là une réponse...

b/ La réforme de l'enseignement est devenue essentielle

Hier soir, lorsque j'ai finalisé cette présentation, je devais être probablement très optimiste : j'ai rajouté comme deuxième point « la réforme de l'enseignement ». Mais ce matin, je suis pessimiste, donc je pense que c'est « une connerie », parce qu'on n'y arrivera pas. De toutes façons, dans une filière qui est gouvernée à un bout par les médecins et à l'autre bout par les mêmes médecins – enfin, ceux qui vous représentent, pas vous, évidemment – je pense que, comme leur seule logique, c'est « Si vous aviez 1 euro de plus, ça nous plairait », je pense qu'on ne va pas s'entendre. Donc, la

réforme, je crois qu'il faut l'enlever... ? ? ?... je ne sais pas à quoi ça sert, finalement. Donc, je crois que je ferai mieux d'enlever cette proposition.

c/ Inventer les contrats de santé publique financés hors convention médicale

Troisièmement, la convention médicale ne permettra pas de faire progresser la prévention et il faut inventer les contrats de santé publique financés hors convention médicale. Je pense que si on a quelque chose à faire des neurones que nous possédons sous les bigoudis, c'est de les mettre tous ensemble pour essayer de promouvoir cette idée-là, même si au bout du compte on est obligé de faire son deuil de cette approche globale de la médecine.

J'aimerais au moins que l'on puisse faire ce deuil en le négociant au travers d'une vraie idée autour de la prévention qui puisse avoir du sens pour beaucoup de nos concitoyens, et particulièrement pour ceux que l'on représente, nous, au Collectif interassociatif : c'est-à-dire ceux qui finalement n'ont plus ou pas beaucoup d'intérêt dans la prévention, puisqu'ils ont été touchés ou affectés par une maladie. C'est cela qui nous motive et qui nous intéresse.

Voilà ce que je voulais vous dire ce matin, en vous priant encore de m'excuser si je suis obligé de m'en aller.

*
**

Bruno Frontineau

Je suis médecin directeur d'un centre d'examen de santé, à Lyon. Et je voulais simplement, pour le point 2 que vous avez évoqué dans un élan d'optimisme, hier au soir, vous dire d'abord que je partage cet optimisme, parce que la réforme de l'enseignement de la médecine, qui est devenue essentielle, c'est tout l'enjeu, en fait, aujourd'hui, du développement de la prévention.

L'enjeu n'est pas tarifaire. Aujourd'hui, dans une époque où on a assisté quand même, avec la réforme depuis deux ans, à une véritable « customisation » de la médecine... je dis bien une « customisation », avec un parcours et une trajectoire... un parcours de soins qui est une véritable usine à gaz et que plus personne ne comprend, y compris les experts, je crois que là où il y a encore un champ où on peut creuser... parce que là, le mal est fait, donc à mon avis, il faut se farcir les tableaux, il faut essayer de comprendre comment ça marche. On est partis pour un petit moment.

Là où il faut, à mon avis, encore investir, c'est justement dans l'enseignement de la médecine, dans l'enseignement médical, pour aussi en finir une fois pour toutes avec le clivage qui me paraît tout à fait artificiel entre curatif et préventif.

C'est-à-dire que vous avez dit tout à l'heure : « On va introduire du préventif dans le curatif, ça va être bien, etc. » Je suis désolé, c'est un problème de culture. J'irai même jusqu'à dire que c'est un problème de valeur, pour un médecin.

Aujourd'hui, quand vous avez un diabétique en face de vous, un hypertendu en face de vous, une jeune femme qui a une sclérose en plaques en face de vous, votre rôle, c'est de gérer un parcours, mais non pas dans un cadre technico-administratif et tarifaire, mais dans un cadre humaniste, dans un cadre de « vivre avec la maladie, prévoir le plus possible les événements indésirables de cette maladie, travailler à l'insertion sociale de la personne ».

Donc, tout l'enjeu de la prévention, ce n'est pas une avance au diagnostic. Ce n'est pas tellement cela. Ce n'est pas de la médecine des bien-portants. Là, je voudrais m'inscrire en faux : la prévention n'est pas la médecine des bien-portants. La prévention, c'est aussi la médecine des gens qui ont des maladies chroniques.

Aujourd'hui, la révolution épidémiologique que l'on connaît dans tous les pays développés, c'est que le paysage épidémiologique a totalement été modifié et qu'on ne peut plus être dans un paiement à l'acte, question-réponse, question-réponse, parce que, dieu merci ! on vit longtemps avec une insuffisance rénale, on vit longtemps séropositif, on vit longtemps avec une hypertension, on vit longtemps avec un diabète.

Donc, il faut éduquer les médecins pour leur apprendre effectivement que, aujourd'hui, médecine de qualité et médecine moderne, ce n'est pas dans la sophistication, ce n'est pas dans des gestes de réa extraordinaires, parce qu'on a été formés à ça, nous, jeunes médecins. Ce qui était intéressant, c'était de savoir faire des ponctions lombaires. Sauf qu'après, dans votre carrière, vous n'en faites plus. Vous en avez fait trois à l'hôpital et puis ce n'est pas la ponction lombaire qui est importante. Même chose pour le myogramme.

Donc, on voit bien à quel point le contenu pédagogique, le contenu, la façon dont nous allons fabriquer nos jeunes médecins aujourd'hui est essentielle pour développer une véritable culture de prévention qu'il ne faut pas dissocier du curatif.

Christian Saout

Je suis d'accord avec ce que vous dites. Si j'ai parlé de la médecine des bien-portants à un moment donné, c'est parce que je pense qu'elle va être un des sentiments que vont partager nos concitoyens et qui va pousser à la prévention et qui renverra d'ailleurs les choses dans un rapport prévention/soins beaucoup plus étroit.

C'était un des éléments tendanciels que j'évoquais.

Pour le reste, j'oscille entre pessimisme et optimisme sur la réforme des études médicales. Mais comme c'est vous qui la contrôlez, je crois que je n'ai plus rien à en dire

et que devant ça, je suis probablement en train de me dire qu'on changera la médecine le jour où les médecins auront décidé de la changer.

Mais de toutes façons, c'est la conférence des doyens des facultés de médecine qui fait les programmes. Ils sont tout seuls, isolés, en orbite géostationnaire au-dessus du corpus d'enseignement. Nous ne pouvons rien faire.

Donc, soit on fait une alliance entre les plus raisonnables d'entre vous et les patients les moins énervés, et on arrive à changer d'échelle dans le rapport de forces, parce qu'il faut construire un rapport de forces. Soit on attend le miracle, un mandarin plus éclairé que les autres qui dira : « Il faut changer, c'est le moment. »

Par conséquent, je ne sais pas comment on fait par rapport à ça, mais en tout cas, nous ne disposons, en tant que citoyens, d'aucune entrée dans le programme des études de médecine, parce que les médecins le contrôlent.

Donc, soit vous investissez tous les syndicats de médecins et vous les faites changer, vous mettez un autre discours à la place, à un moment donné, c'est quand même aussi votre responsabilité collective, en tant que corps professionnel, comme moi je m'en pose dans mon exercice professionnel, dans la responsabilité collective de mon corps professionnel par rapport au domaine qui est le sien.

Parce qu'aucun citoyen n'a le droit de dire quoi que ce soit sur la médecine. Aucun citoyen. Vous êtes les seuls, médecins, à pouvoir en parler. Vous avez même inventé quand même l'évaluation par les pairs, c'est quand même formidable, c'est-à-dire pas de contrôle extérieur, surtout. Donc, c'est de l'autocontrôle, de l'auto-sélection, de l'autoformation, de l'auto-machin.

Donc, c'est un truc qui est complètement déconnecté du reste du monde. Et voilà, c'est ça, le problème. Et c'est pour cela que je dis, certains soirs ou certains matins, je suis pessimiste sur la réforme des études de médecine, parce qu'il me faudrait un levier pour soulever le monde et je ne sais pas où je le mets, le levier, dans quel trou. Il n'y en a pas.

Donc voilà, je ne serai jamais médecin, c'est trop tard, maintenant. Donc, je ne serai jamais qualifié pour en parler. C'est triste, hein, mais c'est comme ça.

Alors des jours, je suis triste, des fois, je suis optimiste.

François Paré

Angers

Encore... et là, je vais décliner une autre chose me concernant, c'est que je suis gréviste, enseignant de médecine générale gréviste.

Christian Saout

Formidable...

François Paré

Angers

Jeudi, je serai non pas dans un ministère, mais devant un autre ministère qui est le ministère de la Recherche et de l'Enseignement supérieur.

Il est dommage qu'on ne vous ait pas invité à notre congrès qui a eu lieu voilà 15 jours à Poitiers et vous auriez vu les préoccupations qui sont celles des médecins généralistes.

On peut également vous envoyer les deux bouquins que nous avons commis collectivement, les médecins généralistes, où le patient a une place extrêmement importante.

Donc, je crois qu'il ne faut pas que vous soyez trop pessimiste, mais peut-être que vous veniez nous aider, jeudi prochain, devant le ministère de la Recherche. C'est une proposition.

Christian Saout

Je viendrai volontiers, Monsieur.

François Paré

Angers

Et je souscris à ce qu'a dit mon confrère tout à l'heure, il y a des modifications énormes qui interviennent, tout au moins dans le DES de médecine générale, où ce ne sont pas les mandarins de l'hôpital qui ont édicté le programme, c'est nous qui l'avons réalisé, concocté en fonction des besoins que la population peut ressentir de notre exercice.

Christian Saout

Je trouve ça formidable et je viendrai volontiers jeudi. Si j'ai le temps de vous rejoindre, je viendrai avec plaisir.

François Paré

Angers

C'est à 14 heures.

Christian Saout

Parce que je suis convaincu qu'il faut retisser le lien dans l'opinion entre les médecins et les patients, qui est un lien extrêmement altéré. Un certain nombre de batailles qui ont été menées par ceux qui ont pour mission parfois de vous représenter ont profondément altéré la perception de l'œuvre médicale pour nos concitoyens.

Ceci étant, je dispose depuis quelques semaines d'un levier, puisque l'on m'a bombardé président de la Conférence nationale de santé et que j'entends ne pas rester inerte. Donc, j'espère que vous m'aidez à faire en sorte que la conférence puisse prononcer de temps en temps quelques avis de bon sens.

*
**

Président de séance : François Alla

Je vais laisser la parole à M. Gilles Poutout sur l'expérience des réseaux.

QUE TIRER DE L'EXPÉRIENCE DES RÉSEAUX ?

Gilles Poutout

*CNEH (Centre National de l'Expertise Hospitalière), Professeur Associé
Université de Marne-la-Vallée*

Les réseaux de santé sont aujourd'hui environ 500 sur l'ensemble du territoire national. Pour l'essentiel, ils sont financés par une enveloppe spécifique : la dotation de développement des réseaux. Cette enveloppe existe depuis le début 2003 ; auparavant, entre 2000 et 2003, le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) avait déjà permis de financer un certain nombre de réseaux. Avant 2000, les réseaux, apparus pour certains d'entre eux depuis la fin des années 80, avaient dû s'accommoder de financements modestes et surtout extrêmement précaires.

Les réseaux de santé : une réalité riche et diverse

Ces 500 réseaux se répartissent ainsi :

- les plus nombreux sont les réseaux de soins palliatifs : il en existe environ 80 sur l'ensemble du territoire (82 exactement, selon le Rapport 2006 de la Cour des Comptes, qui consacre un chapitre entier aux soins palliatifs),
- on compte 75 réseaux de prise en charge de patients cancéreux, à peu près autant (un peu plus de 70) consacrés aux pathologies chroniques, auxquels

il faut ajouter 60 réseaux diabète. Le diabète est une pathologie chronique que les réseaux ont prise en charge dès le milieu des années 90. Plus de 130 réseaux sont donc au total consacrés à la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques,

- il faut ajouter entre 40 et 50 réseaux accompagnant des personnes âgées à domicile, une quarantaine de réseaux périnatalité, et enfin tout un ensemble de réseaux d'accès aux soins, orientés vers la précarité, la santé mentale, les addictions, la toxicomanie, etc.

Cet ensemble de réseaux s'est constitué autour d'une constante : la coordination de professionnels de santé aux fonctions complémentaires, dans une perspective de prise en charge globale de patients complexes, ou plus exactement de patients dont la trajectoire dans le système de santé est complexe. Prise en charge globale et au long cours, les réseaux inscrivent ainsi leur action dans une double dimension : le temps et l'espace.

Dans l'espace, les réseaux cherchent à mettre en ligne toutes les ressources nécessaires à un moment donné pour une prestation donnée. Dans le temps, ils articulent les ressources nécessaires pour assurer un parcours de soins harmonisé et à long terme. Dans un réseau cancer par exemple, un médecin généraliste peut coordonner l'enchaînement des séquences d'une prise en charge (long terme), il ne coordonne pas pour autant la séquence thérapeutique aiguë. Pourtant, la coordination à long terme – le travail dévolu au médecin traitant – n'a de sens que si elle intègre la séquence thérapeutique comme pierre angulaire de la démarche. À l'inverse, un oncologue hospitalier ne peut suivre durablement et personnellement un patient. C'est dans cette interface que se joue l'action du réseau. Le réseau va permettre de faire le lien entre le synchronique (la séquence lourde, la coordination des spécialistes) et le diachronique (le long terme, la coordination des soignants, l'accompagnement médico-psycho-social). Le schéma fait intervenir deux niveaux de coordination, l'une verticale, permettant de mener une action donnée dans une unité de temps et de lieu déterminée, l'autre horizontale, permettant d'articuler un ensemble d'épisodes dans l'histoire du patient et de sa maladie. Dans les deux cas, le réseau est garant de l'intérêt du patient, garant de la qualité de la prestation à un moment donné, aussi complexe soit-elle, garant de la continuité du parcours du patient dans le système de santé, aussi complexe soit-il.

Une constante donc dans les réseaux : la coordination dans l'espace et dans le temps. Cela n'exclut pas, bien au contraire, les différences. Les réseaux ne sont pas nés instantanément et simultanément d'un coup de baguette magique, d'un décret ou d'une circulaire. Pour la plupart, ils sont nés de l'initiative de professionnels qui ont souhaité s'auto-organiser parce qu'ils étaient confrontés à un dysfonctionnement et qu'ils voulaient répondre à un besoin : besoin de santé ou exigence éthique.

De multiples exemples de réussite – les réseaux de soins palliatifs

C'est le cas des réseaux de soins palliatifs. Depuis juin 1999, une loi garantit en France le droit aux soins palliatifs pour tous, et ce droit est garanti aussi bien à l'hôpital qu'à domicile. Tout le monde s'accorde sur le fait qu'il s'agit d'une grande avancée dans l'histoire de nos lois sanitaires. En pratique à l'hôpital, la traduction de ce droit s'est faite par ajouts budgétaires successifs permettant le développement des unités fixes de soins palliatifs et, surtout, celui des unités mobiles de soins palliatifs qui facilitent la prise en charge des patients en fin de vie à quelque endroit qu'ils se trouvent dans l'hôpital.

Mais il n'y a pas eu d'équivalent pour l'accompagnement des personnes en fin de vie à domicile. Comment fait-on pour garantir le droit à une fin de vie digne dans des conditions de sécurité et de qualité à domicile ? Le système de santé français ne sait pas spontanément répondre à une telle question. Il a d'abord fallu attendre 2002 – 3 ans après le vote de la loi sur les soins palliatifs – pour qu'un décret prévoie la possibilité de conclure un avenant à la convention médicale, relatif aux soins palliatifs à domicile ! Puis il a encore fallu encore 1 an (2003) pour que cet avenant à la convention médicale soit conclu et signé entre la CNAMTS et les syndicats de médecins.

Et qu'a apporté cet avenant ? Un forfait de 90 euros par mois pour un médecin de ville se chargeant :

- d'organiser des soins continus aux patients en fin de vie à domicile ;
- de coordonner l'ensemble des professionnels de santé à domicile, c'est-à-dire les infirmières, les kinés et l'ensemble des prestataires comme les psychologues, les auxiliaires de vie, etc. ;
- et de tenir le dossier du patient et d'en rendre compte à la CPAM.

Ces 90 euros par mois se substituent aux paiements à l'acte habituel si le professionnel en fait le choix. Faut-il, dans ces conditions, s'étonner du fait que cet avenant conventionnel – qui a pris la forme d'un contrat de santé publique proposé aux médecins – n'ait eu aucun écho auprès des intéressés ? Faites les comptes : 21 € par consultation de médecin généraliste, c'est, pour reprendre les chiffres présentés dans un exposé précédent, 21 € pour 10 minutes en moyenne. 90 € représentent donc à peu près $\frac{3}{4}$ d'heure de consultation. Voilà à quelle hauteur l'avenant conventionnel valorise le temps de soins et de coordination pour un médecin prenant en charge un patient en fin de vie à domicile ! Est-ce acceptable financièrement et surtout est-ce acceptable sur un plan éthique ?

Les réseaux de soins palliatifs sont venus remplir cette exigence éthique et légale, impossible à mettre en œuvre dans le cadre conventionnel. Si, aujourd'hui, il y a

Une constante et des différences

Une constante : les réseaux de santé ont une visée de coordination et de prise en charge globale et au long cours des patients



Des différences :

- l'auto-organisation de professionnels pour répondre à une exigence éthique et légale (soins palliatifs)
- une réflexion sur la meilleure organisation possible face à des difficultés liées à une pathologie ou une typologie de patients (cancer, périnatalité)
- la rencontre de besoins ressentis sur le terrain par les professionnels et en termes de santé publique par les pouvoirs publics (diabète, pathologies chroniques)



Gilles Poutout – Centre National de l'Expertise hospitalière

plusieurs milliers de personnes prises en charge en soins palliatifs à domicile, c'est parce que les réseaux ont mis en place la structure et la coordination nécessaire pour que des professionnels volontaires puissent accomplir leur travail d'accompagnement et de coordination à domicile dans des conditions de qualité médicale et d'éthique irréprochables.

Voilà un premier type de réseau : celui qui répond à un besoin médical, social et éthique. Il existe d'autres types de réseau. J'en citerai deux, les réseaux cancer et les réseaux diabète.

Les réseaux cancer

Les réseaux de prise en charge de patients cancéreux partent, pour l'essentiel, d'un double constat :

- les soins en cancérologie sont mal coordonnés ;
- la diffusion des protocoles et référentiels est inégale et aléatoire.

À partir de ce constat, les pouvoirs publics ont incité, dès 98, les professionnels de santé hospitaliers à créer des réseaux inter-hospitaliers public-privé, en les articulant autour du concept de staff pluridisciplinaire, ce que le Plan Cancer a généralisé dans le cadre des réunions de concertation pluridisciplinaires.

Il s'agit d'un remarquable progrès par rapport à ce qui existait auparavant. Ce type de réseau concerne la prise en charge à un moment donné particulier de la pathologie : la phase aiguë, la phase thérapeutique du traitement. Néanmoins, il apparaît que ce type de réseaux, s'il reste cantonné à cette phase, est essentiellement centré sur le soin, la thérapeutique et pas sur le patient. Il ne prend pas suffisamment en compte la totalité de la trajectoire des patients atteints de cancer.

Ce type de réseaux évolue aujourd'hui, notamment grâce au Plan Cancer, et particulièrement grâce au dispositif d'annonce de la maladie et au programme personnalisé de soins pour les patients. La notion de prise en charge thérapeutique s'élargit vers la notion de prise en charge globale du patient. Il reste néanmoins encore du chemin à faire pour que l'ensemble des professionnels, y compris ceux du domicile, confrontés plus particulièrement à la fatigue, la douleur, les difficultés matérielles et morales de leurs patients, trouvent toute leur place dans le *continuum* de prise en charge des malades. Un commentaire s'impose dès lors : il est difficile, pour ne pas dire impossible, de « décréter » un réseau. Un réseau atteint ses objectifs s'il est le fruit d'un cheminement personnel des professionnels qui le constituent. Les pouvoirs publics peuvent bien sûr solliciter la création de réseaux, mais il faut alors mettre en œuvre un accompagnement, fort, constant et personnalisé des professionnels, pour aboutir à l'appropriation du réseau par ses acteurs.

Les réseaux diabète

Troisième type de réseau : les réseaux accompagnant les patients atteints de pathologies chroniques, dont les réseaux diabète sont l'une des illustrations les plus achevées. Permettez-moi de citer le docteur Michel Varroud-Vial qui exprime ainsi l'apport de ces réseaux : « *le diabète de type 2 est une maladie chronique qui se confond avec l'histoire du malade et dont le poids médico-économique est important... Les personnes diabétiques peuvent attendre des réseaux d'être mieux soignés par des médecins mieux formés et coopérant mieux ensemble. Ils peuvent en attendre l'accès à une éducation individuelle et de groupe dès le début de leur maladie, et ainsi ils peuvent espérer se réapproprier la parole sur leur maladie et la maîtrise de celle-ci... Les professionnels peuvent attendre des réseaux la réduction de l'incertitude et des difficultés propres à l'exercice de la médecine ambulatoire et largement présentes dans la prise en charge du diabète de type 2. Ils peuvent en attendre l'accès aux ressources rares que sont, ou sont en passe de devenir, la diététique et les avis spécialisés, comme l'ophtalmologie... Enfin pour certaines professions, comme les pédicures podologues, la participation à un réseau permet un renforcement de leur identité professionnelle.* »⁽¹⁾. Soulignons cet

(1) Michel Varroud-Vial In : « Les réseaux diabète : de l'éducation à la santé publique. *Technologie & Santé*, n° spécial, Réseaux de Santé, septembre 2005.

aspect fondamental dans la lutte contre la maladie : le rythme des examens est à surveiller, le respect de la thérapeutique est à surveiller, et le médecin est de ce point de vue l'acteur-clé ; mais le respect de l'hygiène alimentaire, le suivi rigoureux de l'hygiène de vie sont des éléments déterminants pour le long terme et sur lesquels le médecin n'a pas de prise suffisante dans le cadre de la consultation classique : c'est là que le réseau apporte des outils supplémentaires comme le recours facilité aux paramédicaux nécessaires.

La difficile confrontation des initiatives professionnelles et des logiques institutionnelles

Homogènes dans leur finalité, les 500 réseaux de santé existant sur le territoire national, ne sont homogènes ni dans leur développement ni dans leur fonctionnement. C'est l'une des raisons qui ont conduit les auteurs du rapport de l'IGAS sur le FAQSV et la dotation des réseaux⁽²⁾, à écrire que « le bilan des réseaux était décevant ».

Affirmer cela aujourd'hui, c'est ne pas comprendre ce qui se passe dans la dynamique des réseaux à l'œuvre depuis une vingtaine d'années. Apprécier par exemple la valeur ajoutée des réseaux au nom du seul service médical rendu, c'est laisser de côté la moitié des réseaux, comme les réseaux de soins palliatifs, les réseaux d'addictologie, de toxicomanie, les réseaux personnes âgées, pour lesquels cet indicateur seul n'est évidemment pas pertinent ; c'est ne pas prendre en compte, et ce, à contrepied de la loi du 4 mars 2002, que l'objectif des réseaux est autant d'assurer la prise en charge globale et au long cours du patient que d'améliorer la pratique thérapeutique à un moment donné. Erreur de fond, contraire à la lettre et à l'esprit de la loi. Remarquons néanmoins qu'au moment-même où sort le rapport IGAS, la Haute Autorité de Santé indique que « la participation active à des réseaux de santé permet de répondre à l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) »⁽³⁾ !

La deuxième erreur est d'ordre méthodologique. Dans le rapport de l'IGAS, l'histoire du développement des réseaux de santé est totalement passée sous silence, aucune ligne ne fait allusion aux dizaines de travaux universitaires ou de sociétés savantes sur le sujet. Les publications de l'ANAES ainsi que le Guide d'évaluation des réseaux de santé de la Haute Autorité de Santé sont à peine mentionnés. Sur les 220 personnes interrogées par les rapporteurs de l'IGAS, 120 appartiennent à l'administration (55 %), dont plus d'un tiers à l'administration centrale. Ce n'est pas le moindre des paradoxes d'ailleurs de constater que des fonctionnaires à la tête de directions ministérielles n'ayant aucune responsabilité dans la gestion du FAQSV ou

(2) Rapport sur le contrôle et l'évaluation du FAQSV et de la DDR – IGAS – septembre 2006.

(3) « Une démarche d'amélioration de la qualité : les réseaux de santé » – Haute Autorité de Santé – juin 2006.

de la DDR sont interrogés alors que le président du FAQSV en exercice, Michel Régereau, ne l'est pas ! Oubli, confusion ? Mais les surprises ne s'arrêtent pas là : dans les 6 régions choisies par les rapporteurs pour leur enquête, aucun membre de réseau n'est interrogé en Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Haute-Normandie, un seul en Champagne-Ardenne ; par contre en Bourgogne, 6 réseaux et 20 de leurs membres sont auditionnés.

Il reste que ce rapport a accrédité l'idée que le bilan des réseaux était « décevant », sans contextualisation, sans mise en perspective avec la loi, sans documentation approfondie sur le sujet, sans méthode d'investigation définie !

Légitimité sociale, organisationnelle et politique des réseaux de santé

En pratique, dans la prise en charge et l'accompagnement des patients, les réseaux de santé ont acquis leur légitimité. Légitimité qui, au-delà de la loi du 4 mars 2002, leur est reconnue de manière récurrente, notamment dans les politiques de santé publique et de planification. Qu'il me soit permis de rappeler le Plan Cancer du 24 mars 2003, le Plan Périnatalité du 10 novembre 2004, le Plan Santé Mentale de février 2005 ou encore le Programme pour la Gériatrie d'avril 2006 : tous ces plans ont insisté sur le rôle central du réseau dans la prise en charge coordonnée et continue des patients. Même constat pour l'élaboration et la mise en œuvre des SROS de 3^e génération : « les réseaux doivent bénéficier du soutien de l'ARH et de l'URCAM au titre de la DDR et leur création peut être suscitée dans le cadre du SROS »⁽⁴⁾. De même, dans les nouveaux territoires de santé définis par les SROS en application de l'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, tout établissement de santé public doit définir une « politique en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 ».⁽⁵⁾

Légitimité obtenue aussi auprès des décideurs politiques, au-delà des clivages partisans. Bernard Kouchner, inspirateur de la loi du 4 mars 2002 sur le droit des patients dans laquelle figure la définition des réseaux de santé, déclare par exemple en 2001 : « *il est indispensable de développer les réseaux de soins qui ont pour objet de rassembler des compétences complémentaires autour de la personne malade* ». Son successeur Philippe Douste-Blazy lui emboîte le pas en engageant « *la généralisation des réseaux de santé. Un million de personnes, souffrant de pathologies chroniques gagneraient à être intégrées dans un réseau de santé. Pour y parvenir 1 000 réseaux d'ici 2007 sont nécessaires* »⁽⁶⁾. Enfin, Xavier Bertrand, en déplacement dans un réseau de soins

(4) Circulaire de préparation des SROS III (mars 2004).

(5) Article L. 6143-2 du Code de la Santé Publique relatif au projet d'établissement institué par l'Ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

(6) Philippe Douste-Blazy – Hôpital Expo 25 mai 2004.

palliatifs en Île-de-France, souligne « *le caractère exemplaire des réseaux de soins palliatifs [et] souhaite d'ici à 2007 la création d'un réseau de soins palliatifs dans chaque département ou zone d'au moins 400 000 habitants* »⁽⁷⁾.

Les réseaux contre un « mal français » : le cloisonnement du parcours de soins

Au-delà de ces quelques rappels, il apparaît aujourd'hui que les réseaux constituent l'une des seules organisations professionnelles à lutter contre la segmentation de la prise en charge des patients complexes, contre les cloisonnements qui empêchent les professionnels d'assurer collectivement la prise en charge globale des patients. Les segmentations sont partout : au sein du corps médical, entre libéraux et hospitaliers, au sein du corps soignant dans son ensemble, entre établissements de santé et soins de ville, secteur sanitaire et médico-social, sanitaire et social, etc. Ces multiples cloisonnements sont caractéristiques d'une spécificité sanitaire française. Ils se trouvent dans les statuts (libéral, hospitalier, salarié), les modes d'exercice et les modalités de rémunération.

Les réseaux de santé sont nés de la volonté de surmonter ces cloisonnements, de dépasser cette série de ruptures, externes aux besoins des patients et à leur prise en charge efficace. Est-il besoin de rappeler que les réseaux se sont développés en France au début des années 80, avec l'apparition du sida ? Cette maladie a jeté un coup de projecteur brutal sur de nombreux dysfonctionnements du système de santé. Autant de problèmes, autant d'interlocuteurs, pas de coordination satisfaisante entre les champs clinique, de la protection sociale et du social, pas de continuité entre l'hôpital et les soins de ville. C'est ainsi qu'est apparu le « concept de réseau ville/hôpital ». Pour les professionnels de santé qui fondent ces premiers réseaux, l'enjeu est de relier, autour d'une personne malade, l'ensemble des ressources nécessaires pour répondre à ses besoins, qu'ils soient médicaux, psychologiques ou sociaux.

Les réseaux sont acteurs et témoins d'un double mouvement. Mouvement des patients d'abord. Tout au long des années 80 et 90, les patients atteints du sida vont modifier habitudes et comportements des acteurs du système sanitaire. Leurs associations (AIDES⁽⁸⁾, Act-Up⁽⁹⁾) brisent progressivement le silence qui entoure ordinairement la personne malade. Les tabous sont peu à peu levés et les 2^{es} États généraux du cancer, organisés par La ligue contre le cancer⁽¹⁰⁾ en 2000, confirment symboliquement cette évolution. Les patients atteints de cancer affirment leur exigence d'être

(7) Xavier Bertrand – Réseau le Pallium – Yvelines – 27 août 2005.

(8) www.aides.org

(9) www.actupparis.org

(10) www.ligue-cancer.net

reconnus comme des personnes, certes malades, mais distinctes de leur maladie, et confrontées à ses conséquences physiques, morales et sociales. Ils revendiquent le droit à l'information. Le droit à la reconnaissance pleine et entière de leur être face à la maladie. Tous droits reconnus depuis avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients.

Mouvement des professionnels ensuite. Ces derniers ne restent pas spectateurs d'un mouvement qui les concerne directement, et, à leur tour, ils vont questionner un système qui dissocie la prise en charge, l'accompagnement, le projet de soins, de l'acte médical ou soignant proprement dit. Tel est le terreau des réseaux : ils sont venus pallier les inadaptations, les rigidités et les cloisonnements du système de santé français. Ils se développent là où le système de santé montre failles ou lacunes. L'histoire de leur développement témoigne d'un « acharnement » à trouver la réponse adaptée aux besoins et attentes des patients et ils sont apparus à chaque fois que le système de santé et de protection sociale s'est trouvé dans l'incapacité d'apporter une réponse rapide et structurée à un événement sanitaire ou à une transformation de la demande sociale.

Avec les réseaux, se manifeste la volonté du « retour au patient », à la globalité et à la continuité de la prise en charge du patient. Ils organisent l'indispensable coordination de professionnels complémentaires autour du patient et en lien avec lui.

La définition des réseaux de santé et leur rôle dans le parcours de soins

La définition des réseaux de santé est ainsi formulée dans la loi du 4 mars 2002, qui a créé l'article L. 6121-1 du Code de la Santé Publique : « *Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.* » La deuxième phrase est fondamentale : « *Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins.* »

À la lecture de cette définition, il apparaît donc indispensable au sein des réseaux de santé, de lier et d'articuler l'éducation, la prévention et les soins. Le décret d'application va encore plus loin et l'article D. 6321-2 stipule que « *le réseau... met en œuvre des actions de prévention, d'éducation, de soin et de suivi sanitaire et social* ». Le suivi sanitaire et social, la suite de soins font donc partie intégrante de l'action du réseau.

Toujours d'après l'article D. 6321-2 du Code de la Santé Publique, « *le réseau met en place une démarche d'amélioration de la qualité des pratiques, s'appuie notamment sur des référentiels et des protocoles de prise en charge des actions de formation avec l'objectif d'une prise en charge globale de la personne.* » Là se trouvent les maîtres

mots, la « prise en charge globale de la personne », que tout le monde souhaite et que plus personne n'est aujourd'hui capable d'assurer seul.

En l'état de l'organisation sociale, des connaissances médicales, sociales et soignantes, la prise en charge globale de la personne ne peut être assurée que par un « collectif organisé », un « collectif coordonné autour du patient ». Aucun médecin, aucun soignant, aucun psychologue, aucun travailleur social n'est capable de prendre en charge globalement un patient complexe. Il est nécessaire de raisonner collégial et collectif, afin de définir collectivement dans le respect du choix du patient, celui qui sera « au front du patient », le pivot de la prise en charge, chargé d'assurer le lien entre l'ensemble des acteurs, d'être le garant de la continuité et de la qualité de l'accompagnement global, médical, soignant, social, psychologique.

On revient ainsi aux fondamentaux : « *Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, selon mes forces et mon jugement... dans quelque maison que j'entre, j'y entrerais pour l'utilité des malades* »⁽¹¹⁾.

Le « parcours de soins » est ainsi fondamentalement une invention des réseaux. Cette expression, mise en exergue par la loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie et à la convention médicale de janvier 2005 qui l'a suivie, est empruntée presque mot pour mot aux textes fondateurs des réseaux. Ainsi dès 1998, la Coordination Nationale des Réseaux définissait le réseau comme un moyen permettant « d'harmoniser le parcours d'une personne entre la ville et l'hôpital et de développer une politique d'éducation de la population à l'utilisation du système de distribution des soins »⁽¹²⁾. Le premier document de l'ANAES sur les réseaux en 1999 indiquait pour sa part « qu'un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné sur un territoire donné »⁽¹³⁾.

Sans revenir sur les propos précédents de Christian Saout, notons néanmoins qu'il est dommage que la notion de « médecin traitant », noyau central du parcours de soins, n'ait pas bénéficié d'une réflexion de type rétrospectif et évaluatif sur les pratiques de coordination et de coopération mises en œuvre au sein des réseaux de santé depuis plus de 10 ans.

L'expérience des réseaux pour la consultation de prévention

J'en arrive maintenant à l'apport des réseaux de santé dans la réflexion concernant la consultation de prévention et les moyens de la financer.

(11) Hyppocrate de Cos, vers 430 avant J.-C.

(12) Deuxième Congrès de la Coordination Nationale des Réseaux – Congrès de Lyon – janvier 1999.

(13) Principes d'évaluation des Réseaux de Santé – ANAES 1999.

Quels enseignements tirer de l'expérience des réseaux
dans un domaine comme celui de la consultation de prévention ?

Une possibilité légale



« Art. L. 162-45 CSS. – Pour organiser la coordination et la continuité des soins, la décision mentionnée à l'article L. 162-44 peut prévoir la prise en charge par l'assurance maladie sous la forme d'un règlement forfaitaire de tout ou partie des dépenses du réseau. Les financements forfaitaires correspondants peuvent être versés aux professionnels de santé concernés ou, le cas échéant, directement à la structure gestionnaire du réseau. La décision détermine les modalités de ces versements ainsi que, le cas échéant, les prix facturés aux assurés sociaux des prestations fournies par le réseau. « En tant que de besoin, elle peut déroger [à certaines dispositions] du code de la sécurité sociale »



Gilles Poutout – Centre National de l'Expertise hospitalière

Une possibilité est donnée aux réseaux de santé par la loi de financement de la sécurité sociale 2002, en leur permettant de financer les prestations spécifiques réalisées par des professionnels de santé au bénéfice de leurs patients. Les rémunérations de ces prestations sont dérogatoires au droit commun, autrement dit, elles n'entrent pas dans le cadre de la nomenclature des actes professionnels remboursés par la sécurité sociale.

Voici quelques exemples :

Dans les réseaux diabète, la consultation initiale – collégiale, pluridisciplinaire, au cours de laquelle le bilan, puis le parcours personnalisé de soins du patient et les modalités particulières de sa prise en charge, vont être programmés – va donner lieu à une rémunération spécifique, dérogatoire à la nomenclature conventionnelle. Cette rémunération représente la contrepartie d'une consultation approfondie, obéissant à un protocole particulier défini par le réseau, en fonction d'un référentiel élaboré et validé collectivement par les instances scientifiques et décisionnelles du réseau. En Île-de-France, les médecins qui réalisent cette consultation initiale dans les 4 réseaux diabète existant, perçoivent ainsi une rémunération spécifique de 60 €. Dans sa conception et son fonctionnement, la « consultation initiale diabète » est très proche de ce que pourrait être une consultation de prévention ou une consultation d'éducation du patient. Plusieurs autres rémunérations spécifiques ont été définies dans les réseaux diabète : je citerai en particulier la consultation podologue, rémunérée à hauteur de 140 € ou la rémunération diététicienne. Dans tous les cas, cette rémunération représente la contrepartie d'une prestation particulière, spécifique, réalisée par

Et dans la pratique ?



Des rémunérations spécifiques

- Dans le cadre des pathologies chroniques notamment : rémunération spécifique pour la consultation initiale (pluri-professionnelle, collégiale, destinée à mettre en place le « programme personnalisé » du patient)
- Pour des professionnels de santé dont les prestations ne sont pas remboursées par l'Assurance-Maladie (diététiciennes, psychologues, podologues, etc.)
- Dans les réseaux orientés « accès aux soins », « précarité », rémunération spécifique pour la « consultation de santé publique » ou « consultation d'orientation » ou « consultation de prévention »



Gilles Poutout – Centre National de l'Expertise hospitalière

un professionnel de santé du réseau, en fonction d'un référentiel mis au point et validé par les instances du réseau, et pour laquelle une évaluation est programmée.

Dans les réseaux de soins palliatifs, plusieurs prestations spécifiques sont nécessaires pour maintenir à domicile une personne en fin de vie : une rémunération d'évaluation et de prise en charge de la douleur réalisée par les infirmières, une rémunération psychologue, une rémunération spécifique soins palliatifs infirmière et une rémunération spécifique soins palliatifs médicale. Cette dernière a été établie en fonction d'un référentiel prenant en compte les sujétions propres au suivi d'un patient en fin de vie à domicile. Lorsque ce référentiel est mobilisé, le médecin peut percevoir une rémunération spécifique traduisant notamment le temps passé, les efforts d'explication au patient ou à la famille, certains actes techniques éventuels, etc. En Île-de-France, une dizaine de réseaux de soins palliatifs se sont mis d'accord sur ces référentiels et les modes de rémunérations spécifiques qui en découlent. La consultation soins palliatifs médicale a été ainsi valorisée à hauteur de 62 €.

Dans leur conception, ces différentes consultations ou prestations spécifiques sont très proches de la notion de consultation de prévention ou de consultation d'éducation thérapeutique du patient.

Pour conclure en quelques mots, ces rémunérations spécifiques sont une possibilité légale, leur contenu a été mis au point puis expérimenté par les promoteurs de

Une méthodologie

Nature de la prestation
Libellé de la prestation
Auteur de la prestation
Bénéficiaire de la prestation
Lieu de la prestation
Critères limitatifs de mise en oeuvre
Descriptif de la prestation
Contenu, durée, fréquence, technologies utilisées, référentiels,
suggestions particulières, compétences requises, etc.
Intérêt
Coût
Évaluation



Gilles Poutout – Centre National de l'Expertise hospitalière

réseaux en lien avec les financeurs, l'ARH et l'URCAM, et des évaluations régulières sont menées pour apprécier leur intérêt et notamment leur rapport coût/qualité.

J'insiste sur ces expériences car elles peuvent être utiles pour votre propre réflexion et imaginer des modalités originales de mise en œuvre des consultations de prévention. En particulier, ces rémunérations spécifiques, prenant en compte la nécessité de financer des « actes dérogoatoires », ont fait l'objet de cahiers des charges pratiques identifiant les professionnels concernés, le contenu de la prestation, le référentiel à utiliser, le protocole à mettre en œuvre, la durée de l'expérimentation, les modalités organisationnelles du dispositif. Ces expérimentations ont été mises en œuvre en concertation entre financeurs et promoteurs dans le cadre des Missions Régionales de Santé (ARH-URCAM). Des dispositifs d'évaluation ont été définis également entre financeurs et promoteurs pour apprécier l'intérêt tant du point de vue des professionnels de santé (formation, qualité de la prestation, conditions d'exercice, etc.) que du point de vue des financeurs (économie générale du dispositif).

L'objectif d'un certain nombre de promoteurs et d'institutionnels est désormais de faire évoluer ces expérimentations et ces « rémunérations spécifiques », lorsque leurs résultats ont été évalués et jugés satisfaisants, vers des dispositifs de type « contrats de santé publique ».

Je rappelle à ce propos que les contrats de santé publique peuvent être conclus au niveau national ou régional. La loi de financement de sécurité sociale 2004 permet en effet aux partenaires régionaux (URCAM d'un côté, sections régionales des organisations signataires des conventions nationales de l'autre) de conclure des contrats de santé publique ou des contrats de bon usage des soins.

Il existe donc plusieurs possibilités pour expérimenter la mise en œuvre de consultations de prévention ainsi que les modes de financement qui pourraient s'y attacher. L'expérience des réseaux de santé de ce point de vue peut être riche pour deux raisons. D'abord, la philosophie qui inspire les réseaux me semble proche de celle qui anime les initiateurs des consultations de santé. Ensuite, les réseaux ont développé des modalités de rémunération spécifiques pour certaines prestations qui ne sont pas reconnues – ou du moins pas financées – dans le cadre habituel des conventions professionnelles avec l'assurance maladie.

Il peut être judicieux de tester et d'expérimenter des modalités de « rémunération spécifique » dans le cadre de dispositifs nombreux et divers, pour ensuite les modéliser au niveau régional, les intégrer le cas échéant dans des contrats de santé publique ou des contrats de bon usage des soins, et pourquoi pas, *a posteriori*, les étendre dans le cadre de contrats nationaux.

Annexe : modèle de fiche relatif à une prestation spécifique

La consultation de prévention en médecine générale – SFSP – 4 décembre 2006

FICHE DE RENSEIGNEMENT PAR RÉMUNÉRATION SPÉCIFIQUE OU PRESTATION DÉROGATOIRE	
<i>Notice : Toutes les rubriques sont à renseigner, aucune case ne doit rester vierge. Merci de remplir une fiche par dérogation et par type de professionnel si la rémunération est différente.</i>	
DATE DE RENSEIGNEMENT	
THÉMATIQUE DU RÉSEAU	
NOM DU RÉSEAU	
RÉGION	
NATURE DE LA PRESTATION : (renseigner selon une de ces grandes catégories : coordination, éducation, dépistage, bilan, acte de soins, matériel, prise en charge médico-social, si autre préciser)	
LIBÉLLÉ PRÉCIS DE LA PRESTATION DÉROGATOIRE FINANCÉE	
QUI RÉALISE LA PRESTATION ?	
Qui est rétribué ? (si différent de celui qui a réalisé la prestation)	
QUI BÉNÉFICIE DE LA PRESTATION ? (le patient, sa famille, professionnels, si autre préciser)	
LIEU DE RÉALISATION (domicile du patient/cabinet/siège du réseau/établissement/autres)	
CRITÈRES LIMITATIFS DE MISE EN OEUVRE	(le cas échéant ex : prestation réservée à certains patients à un stade de gravité ou pour les professionnels adhérents au réseau ayant une formation préalable)
Limitation à certains professionnels (si oui, préciser lesquels et combien)	
Limitation à certains types de patients (si oui, préciser lesquels et combien)	
DESCRIPTIF DE LA PRESTATION	
Contenu précis :	
Préciser, le cas échéant, les autres professionnels associés :	
Le patient est-il présent lors de la réalisation de la prestation ?	
Durée (en heure) :	
Fréquence :	
Matériel nécessaire (le cas échéant)	
Existence d'un compte-rendu écrit de la prestation réalisée	
Utilisation de référentiels/protocoles/outils	si oui lesquels ?
Intérêt de la prestation	
COÛT	
Comment a été valorisée la prestation dérogatoire par le promoteur ? (ex : assimilation en référence à des cotations existantes)	



CONSULTATION DE PRÉVENTION ET POLITIQUE D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Jean-Luc Véret

CORES Basse-Normandie

Médecin de santé publique, spécialisé depuis maintenant de nombreuses années en éducation et promotion de la santé, je suis directeur du comité régional d'éducation pour la santé de Basse-Normandie et vice-président de la Société française de santé publique. Vous voyez que les approches médicale et éducative se confrontent. Je vais parler des relations de la consultation de prévention avec la politique d'éducation pour la santé ou avec ce que pourrait être une politique d'éducation pour la santé.

En éducation pour la santé, nous avons changé de paradigme : nous ne sommes plus dans une logique de soins, mais dans une logique de santé. Nous avons été obligés de franchir le pas et nous sommes autant concernés par les sciences humaines que par les sciences médicales. Nous avons franchi le mur d'enceinte qui entoure l'approche biomédicale, et c'est extrêmement intéressant d'aller voir de l'autre côté, du côté du travail social et de la sociologie, de la psychologie sous toutes ses formes, des sciences de l'éducation, des conditions de vie et des sciences de l'environnement. Ces différents mondes non-médicaux sont réellement compétents sur la santé, avec une compétence différente, des méthodes différentes, un regard différent. D'où un risque d'incompréhension entre les uns et les autres.

Cette intervention aurait pu s'intituler tout simplement : la consultation de prévention et après ? En effet, pour des raisons épidémiologiques comme pour des raisons pédagogiques, la réflexion sur la consultation de prévention est à resituer dans une approche plus large de santé publique et de politique d'éducation pour la santé.

Tout d'abord, face à la situation épidémiologique, si l'éducation pour la santé devient une idée neuve, c'est du fait de la montée des maladies de civilisation. C'est aujourd'hui une banalité de le dire.

Les principales causes de maladie et de mortalité modernes sont bien connues, il s'agit en premier lieu des maladies cardiovasculaires, qui se manifestent principalement par les infarctus du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux, l'artérite des membres inférieurs, mais qui sont dues dans 80 % des cas, à peu près, à deux maladies primaires : l'hypercholestérolémie et l'hypertension artérielle : maladies précisément liées à l'environnement et aux comportements.

Si l'ensemble des mécanismes de ces deux maladies n'est pas connu dans tous les détails, les principaux facteurs de risque sont établis. Il s'agit en premier lieu de la

suralimentation qui se manifeste par ce qu'il est maintenant convenu d'appeler l'épidémie d'obésité. C'est sans doute dans l'avenir la première priorité de santé et de prévention pour les générations qui viennent. L'évolution est réellement inquiétante. Ceci nous ramène plus à la vie quotidienne qu'à la prescription médicale.

Les autres principaux facteurs sont également liés au mode de vie : l'excès de sel dans l'alimentation (certains professionnels du commerce et de l'agroalimentaire savent pourquoi ils mettent plus de sel), le tabagisme, l'absence d'activité physique, le stress. Il s'agit toujours de facteurs concernant la vie quotidienne et les modes de vie. S'y ajoutent des prédispositions familiales et des facteurs médicaux, dont le diabète.

Le deuxième grand chapitre porte sur les cancers dont on connaît les liens avec le tabagisme et l'alcoolisme. On découvre de plus en plus de liens avec la suralimentation et les erreurs alimentaires, avec les toxiques professionnels (on a mis quasiment un siècle pour changer d'attitude et de comportement sur le problème de l'amiante : de 1905 à 1997) et avec les polluants de l'environnement. Aujourd'hui les polluants de l'environnement intérieur sont quelquefois plus importants que ceux de l'environnement extérieur. Nous avons construit nos habitats sans trop réfléchir à ce que nous allions respirer. Ces grands facteurs portent sur les modes de vie. Les facteurs médicaux viennent ensuite.

Les autres grandes causes de mortalité sont les morts violentes par accident et par suicide. Les facteurs concernent encore les comportements et la civilisation. La mortalité par suicide a maintenant dépassé celle des accidents de la route. Viennent ensuite les maladies de l'alcoolisme, domaine qui relève encore des activités, des comportements et des relations entre les humains.

Si l'on accepte l'objection que, dans le grand âge, « il faut bien mourir de quelque chose », on s'intéresse alors à la mortalité prématurée, c'est-à-dire avant 65 ans. On retrouve alors les mêmes grands facteurs, mais dans un ordre différent : les cancers prennent le devant de la scène.

Si l'on considère de plus l'anomalie biologique et sociale que représente le fait de mourir jeune, il est convenu alors de produire des chiffres en termes d'années de vie perdues. Dans ce cas, on retrouve toujours les mêmes causes, mais dans un ordre encore différent, mettant tout particulièrement en avant la question des suicides et celle-ci nous incite à la plus grande modestie.

Les maladies de civilisation sont donc en priorité l'obésité, les cancers et les suicides et sont entre les mains des humains. Les problèmes de santé modernes sont le plus souvent liés aux comportements individuels ou collectifs, aux modes de vie, à la qualité des relations, entre parents et enfants, entre hommes et femmes, en particulier. Il est convenu de parler de problèmes de société. Ces constatations sont corroborées

par le fait que d'autres sociétés présentent une structure de mortalité radicalement différente. De même, la situation sanitaire dans notre société à des périodes historiques antérieures a aussi été radicalement différente.

Le poids des maladies de civilisation caractérise la période actuelle. Ainsi, la situation sanitaire ne peut pas être considérée comme une fatalité. Nous ne pouvons pas refuser les responsabilités individuelles, les responsabilités collectives dans cette situation et donc la responsabilité de construire des politiques pour y faire face.

Même si le changement social est une affaire complexe, nous ne pouvons que conclure que la situation sanitaire est largement accessible à la prévention, qu'il faut entendre ici comme prévention primaire, avant l'apparition des problèmes, protection contre les facteurs de risque, action pour vivre mieux en gérant sa santé. Limiter les facteurs de risque est bien l'objet d'une intervention caractérisée par ses objectifs, ses méthodes et ses résultats et que nous pouvons appeler, en première approche, l'éducation pour la santé.

Une synthèse éclairante a été publiée par le Haut Comité de la Santé Publique à partir des chiffres de 1996. Il s'agit de l'évaluation des morts prématurées avant 65 ans évitables annuellement, pour les hommes et pour les femmes. Les morts prématurées sont estimées à 80 000 pour les hommes, dont 42 000 évitables, un petit peu plus que la moitié... Et sur cette partie évitable, 14 000 sont évitables par des améliorations des soins, y compris le dépistage médical qu'il faut ranger dans les soins plutôt que dans la prévention primaire ; 28 000 sont évitables par des modifications de comportements. 2/3 de la mortalité évitable chez les hommes est évitable par des modifications de comportement, donc accessible à l'éducation pour la santé.

Chez les femmes, on retrouve le même phénomène, mais dans des proportions moindres. Elles ont des maladies moins souvent liées aux comportements, pour des raisons que l'on pourrait essayer d'analyser, mais qui dépassent le cadre de cette intervention, sinon pour remarquer qu'elles sont en train de rattraper les hommes sur le tabagisme et sur les cancers du poumon induits par le tabac.

Au total, il faut conclure que, pour améliorer la situation sanitaire, la priorité est à donner à l'action portant sur les facteurs de risque, en termes de mode de vie, de comportement et de qualité des relations interpersonnelles et sociales. Elle consiste à développer la responsabilité de nos concitoyens par des interventions d'éducation pour la santé. Je n'aborderai pas ici plus précisément les approches ou les méthodes spécifiques de la promotion de la santé, de la santé communautaire et des différences entre ces approches. Je n'aborderai pas non plus les méthodes d'intervention. Mais c'est dans ce contexte que nous abordons la consultation de prévention.

Les médecins généralistes ont une responsabilité particulière, parce qu'ils voient en consultation à peu près l'ensemble de la population.

De même, les médecins généralistes ont une responsabilité particulière parce qu'ils voient en consultation la population défavorisée et que cette population lui donne sa confiance. Pourtant cette population a moins souvent accès aux services de soins, aux services de santé, aux services sociaux alors qu'elle est plus souvent concernée par les conséquences des problèmes sanitaires et sociaux.

Les médecins généralistes ont donc un poste d'observation électif. S'ajoute à ces remarques le fait que les généralistes peuvent suivre une population dans la durée et que souvent, en tant que médecin de famille ou de quartier, ils ont un certain accès aux liens communautaires qui sont essentiels pour aborder les comportements.

Ce fort potentiel ne prend de sens, en revanche, que si les médecins choisissent de s'ouvrir au champ de l'éducation qui est quand même bien différent de la démarche médicale.

Si l'on considère qu'il s'agit de travailler sur les comportements, la question qui se pose est de savoir quel est le moteur des comportements. À cette question, le réflexe « naturel » des uns et des autres est de considérer qu'il faut informer, expliquer, transmettre des connaissances, comme si le moteur principal des comportements était précisément la connaissance.

Or, nous le savons tous, les fumeurs n'arrêtent pas tous de fumer lorsqu'on leur apprend que le tabac est cancérigène. Le plus souvent, ils le savaient déjà. Et pourtant, ils redoutent tous d'avoir un cancer, de même que le reste de la population. Il faut simplement en conclure que les humains ne sont pas avant tout des êtres rationnels. C'est une banalité, mais elle change beaucoup de choses dans les méthodes d'intervention. Autrement dit, les connaissances ne sont pas le déterminant principal des comportements. Éclairer cette question nous engage du côté des sciences humaines.

On découvre alors que les habitudes et les représentations sociales sont certainement un moteur plus puissant. Il s'agit là de tout ce que l'on fait sans y avoir réfléchi, « parce que c'est comme ça ». Pour ne prendre qu'un exemple, nos habitudes de cuisine sont le plus souvent fortement liées à celles de notre mère dans sa propre cuisine lorsque nous étions enfants. Nous sommes porteurs de traditions familiales et d'habitudes sociales, et ceci d'autant plus que nous n'avons pas pris le temps de les analyser.

Mais ce n'est pas tout. Plus puissantes encore sont les émotions et les représentations psychiques. Imaginez que, dans une situation, vous sachiez ce qu'il faut faire, que vous ayez des connaissances, des habitudes, et tout à coup survient la peur. Qu'est-ce qui va déterminer vos comportements ? C'est certainement la peur, une émotion.

Il ne s'agit pas de savoir si cette situation est bonne ou si elle est mauvaise ; c'est une réalité. Il s'agit de considérer que nous sommes ainsi faits, et d'en tirer les conséquences. Un travail sur les comportements, dès lors, ne peut pas sérieusement s'envisager sans commencer par un travail sur les représentations. Et nous changerons là de monde.

Je note ici que les besoins biologiques fondamentaux peuvent être un moteur extrêmement puissant et déterminant des comportements – si on a besoin de boire, de dormir, de manger – mais que ces besoins biologiques fondamentaux jouent un rôle majeur dans la mesure où ils ne sont pas satisfaits et qu'ils ont tendance à se faire oublier lorsqu'ils sont satisfaits. Dans une large mesure, heureusement chez nous, ils sont à peu près assurés.

L'éducation pour la santé commence donc par un travail sur les représentations, qui implique de donner la parole aux personnes pour leur permettre de s'exprimer avec leurs mots propres, dans leur contexte propre. De la même manière, un changement n'a des chances d'être effectif que s'il y a appropriation par la personne ou la population sous forme d'un désir personnel de changement, perçu positivement, dans le cadre d'un projet de meilleure qualité de vie. La santé est une approche positive du rapport à la vie.

Par exemple, l'alimentation est sans doute le premier plaisir des êtres vivants, et des humains en particulier. Étant le premier plaisir, c'est sans doute aussi le dernier, en ce sens que c'est celui qui reste accessible quand tous les autres ne le sont pas. Si, par malheur, des actions d'éducation interdisaient ce plaisir de manger, je pense qu'elles seraient largement vouées à l'échec. Notre problème, c'est de faire redécouvrir le plaisir ou peut-être de nouveaux plaisirs de l'alimentation. Effectivement, ce n'est pas si facile en quelques minutes et cela demande sans doute une formation, une expérience théorique et pratique.

C'est pourquoi nous atteignons les limites de la consultation médicale. En effet, le regard médical strict diagnostique des erreurs, des abus et aboutit à une intervention d'autorité par une ordonnance médicale, par des conseils qui prennent souvent forme d'interdits voire d'injonctions. Il manque la dimension positive, la place du plaisir dont je parlais, indispensable à un projet de vie. Si je peux caricaturer une seconde pour être clair : lorsque le patient sort de chez son médecin avec des conseils alimentaires et qu'il en conclut : « Il m'a interdit tout ce que j'aime », on est au degré zéro de l'éducation pour la santé.

Si le médecin, au contraire, s'ouvre au champ de l'éducation – certains le font – et s'intéresse à la démarche éducative, il constate alors par lui-même et se plaint d'ailleurs du fait que le cadre n'est pas adapté. La relation professionnel/usager, à

l'échelle individuelle, n'est pas très favorable à une expression libre des usagers sur leurs représentations, sur leurs habitudes de vie. Tous ceux qui ont déjà demandé à un patient combien il consommait d'alcool, par exemple, le savent bien.

Il est plus pertinent de donner la parole en petit groupe, en donnant un rôle actif aux personnes, parce que les participants sont alors face à leurs pairs. Et cette relation à parité leur permet d'être plus libres dans leur expression. Ces petits groupes sont à animer par un professionnel compétent pour mener un travail sur les représentations et pour faire travailler les liens avec les pratiques de la vie quotidienne.

Le temps de la consultation médicale peut permettre d'amorcer le processus éducatif, pas de le mener à bien. La formation médicale n'est pas non plus adaptée. Les médecins eux-mêmes proposent de passer la main à une personne compétente dans le domaine et avec qui ils pourront collaborer. Pour nous, il s'agit d'un « chargé de projet en éducation pour la santé » formé dans les domaines de la démarche éducative, l'animation de groupe et la conduite de projet participatif. Les usagers pourront alors s'impliquer dans un dispositif inscrit dans la durée, sous forme de rencontres régulières, avec des méthodes pédagogiques adéquates. Dès lors, des apports techniques pourront être transmis, en fonction des besoins, par le médecin ou une diététicienne, par exemple, et prendront tout leur sens.

Ces remarques sur les objectifs et les méthodes sont également valables lorsqu'il s'agit de l'éducation du patient à vivre avec une maladie chronique.

Pour illustrer ce propos, le diplôme d'Université de chargé de projet en éducation pour la santé dont je suis coresponsable s'adresse à des personnes qui ont déjà au minimum Bac + 2, souvent davantage, infirmières, travailleurs sociaux, médecins... et représente 2 jours par mois pendant 2 ans de formation théorique et pratique. Cette durée est nécessaire pour acquérir une véritable pratique de conduite d'action d'éducation pour la santé.

C'est pourquoi le médecin généraliste peut être un acteur privilégié de la prévention, mais à condition de s'inscrire dans un dispositif qui comporte un avant et un après ; à condition de s'ouvrir et de se former à l'approche spécifique de la démarche éducative en santé ; à condition de s'inscrire dans un dispositif où il peut passer la main à un chargé de projet en éducation pour la santé.

Au terme de cette réflexion émergent plutôt des questions, peut-être des questions iconoclastes : n'avons-nous pas pris les choses à l'envers ? Ne fallait-il pas construire une politique de prévention primaire et la mettre en place réellement plutôt que de se centrer sur les missions de dépistage médicalisé ? N'est-il pas urgent de clarifier les objectifs et les méthodes en éducation pour la santé des patients ? Ne faut-il pas construire une politique d'éducation pour la santé dans laquelle la consultation de

prévention pourrait prendre toute sa place, intégrée dans un avant et un après qui, eux, ne sont pas à médicaliser et sont même peut-être à démedicaliser ? La construction d'une complémentarité ne passe-t-elle pas par une différenciation et une reconnaissance des spécificités entre prévention et soins, entre pratique médicale et non médicale ? Médicalisation et démedicalisation, prévention et soins : ces questions ne sont-elles pas à prendre en compte en priorité pour construire une politique globale de prévention et d'éducation pour la santé, inscrite dans une politique globale de santé publique ?

Je vous remercie.

*
**

Président de séance : François Alla

Si vous voulez revenir pour des questions...

La salle

Je serai rapide. Ce n'est pas une question, c'est plutôt une remarque un peu provocante... sur la question des réseaux. Moi, je pense que les réseaux de santé, tels qu'ils sont imaginés aujourd'hui, sont voués au contraire à l'échec, parce qu'ils n'ont pas été capables de s'inscrire dans un projet professionnel des acteurs de santé de premier recours, notamment lorsqu'il s'agit de gestion des pathologies chroniques ou de prévention.

Pour illustrer ce propos, je pense à cette expérience dont je vous ai parlé, à savoir le canton de Dinan : 24 médecins généralistes, 2 seulement avaient adhéré à un réseau de prévention vasculaire qui était pourtant très dynamique, très structuré. Lorsqu'on est venu les voir pour leur proposer un projet qui s'inscrivait réellement dans leur projet professionnel, dans leur activité quotidienne, 21 des 24 ont adhéré, ainsi que toutes les infirmières et tous les pharmaciens.

Autrement dit, je pense aujourd'hui que les réseaux ont beaucoup de mal à structurer l'activité des uns et des autres parce qu'ils pensent cette activité à l'extérieur de la réalité quotidienne de ces mêmes professionnels.

Je ne sais pas si j'ai été clair.

M. Gilles Poutout

J'ai envie de dire : ça dépend de qui vous parlez. Moi, je connais bien, pour des raisons historiques, un certain nombre de réseaux en Île-de-France et je peux vous dire que la réalité des réseaux de soins palliatifs en Île-de-France, c'est une réalité qui est totalement ancrée, non seulement dans la réalité des professionnels, mais aussi dans la réalité des patients.

Il se trouve que récemment encore, un artiste qu'on connaît tous, est mort. Il était dans un réseau de soins palliatifs. Il y a plein de gens qui sont pris en charge dans les réseaux de soins palliatifs : en moyenne, par an, par réseau, 400 à 500 personnes par an. C'est une file active tout à fait importante, avec des véritables coordinations autour des patients qui comprennent des médecins généralistes, des soignants, infirmières, kinés, psychologues, avec un lien avec l'hôpital, y compris un lien avec l'astreinte médicale.

Donc, tout dépend, j'ai envie de dire, quel est le réseau et comment il fonctionne.

Je reviens là-dessus un tout petit peu, excusez-moi, parce que ça me fait penser au rapport IGAS, c'est-à-dire que, évidemment, on peut toujours trouver celui qui ne fonctionne pas bien pour dire : « Voilà, les réseaux, c'est mauvais. ». Ça n'a pas de sens.

Il y a de bons réseaux, effectivement, qui fonctionnent bien et puis il y a des réseaux qui ont plus de difficultés, qui ont eu plus de mal à la réalité de terrain.

Pour ceux que je connais et pour ceux qu'il faut accompagner, modéliser et sans doute développer dans leur activité et dans leur perspective, je crois qu'il faut s'y coller, tous ensemble, les institutions, les aides, les conseils, y compris les URML.

Marc Schoene

Directeur de la santé à la ville de Saint-Denis

Je suis, à vrai dire, très embarrassé par tout ce que j'ai entendu ce matin. Et je voudrais l'exprimer sur deux points.

J'ai été très impressionné par les différentes présentations, par leur richesse, les expériences et les dispositifs en prévention, et rôle du médecin généraliste. Et je me suis demandé si j'étais complètement sur la même planète dans mon travail au quotidien.

Et je ne veux pas évidemment épiloguer là et développer cette idée, mais je veux simplement attirer votre attention sur l'importance de s'écouter réellement les uns, les autres, et regarder les uns, les autres les réalités.

Je ne sais pas si c'est, par exemple, la différence province-Paris, si c'est une spécificité de mon département ou de ma ville, mais ce que je constate malheureusement aujourd'hui, c'est la tendance très, très lourde de l'éloignement considérable des médecins généralistes à la prévention. Et ce n'est pas ni les textes ni les dispositifs ni même les financements qui vont modifier la donne si on n'y prend garde.

Je pense que plusieurs d'entre vous ont employé le terme de « collectif ». Je pense qu'effectivement c'est de ce côté-là qu'on peut espérer de vrais changements, en tout cas sur le territoire que je connais. Les exemples qui sont aujourd'hui développés par les URML... chez nous, on a une association qui s'appelle le RIR qui travaille beaucoup là-dessus, où des pratiques, qui ne sont pas évoquées ce matin mais qui sont importantes, comme les centres de santé, sont probablement la meilleure perspective selon moi pour que les médecins généralistes s'inscrivent vraiment dans la prévention.

Je pense deuxièmement qu'on a oublié peut-être un tout petit peu, mais peut-être que c'est cet après-midi, ceux qui interviennent quand même pas mal en prévention et qui pourraient être des apports importants aux généralistes, c'est-à-dire les structures de prévention que l'on connaît, que ce soit la PMI, la santé scolaire, etc.

Président de séance : François Alla

Cet après-midi, effectivement.

Marc Schoene

Et le dernier élément que je voulais évoquer, c'est sur les réseaux. J'ai été, là encore, impressionné par la présentation enthousiaste de M. Poutout sur les réseaux. Mais de ce que j'ai compris ce matin du médecin généraliste et de la prévention, et de ce que je vis encore sur le terrain, c'est que j'ai entendu parler de réseaux spécialisés quand même essentiellement dans le soin, avec bien entendu une dimension sociale, etc., et indispensables tout à fait importants, qui font avancer les choses.

Nous, on a présenté sur la ville un projet de réseau non thématique. Il a été rejeté à deux reprises. Et je pense que l'un des avènements des réseaux, c'est quand même, sur tout ce que vous avez expliqué de la fonction du réseau, de la définition du réseau, mettre les professionnels de santé, non pas dans une case spécialisée – soins palliatifs, périnatalité, diabète, etc. – parce qu'ils ne peuvent pas tous être dans 18 réseaux thématiques, mais qui sont d'abord des professionnels généralistes.

Donc, la question de financer, sous forme à adapter ou à trouver, des réseaux non thématiques me paraît être quand même une des voies qui répondrait au sujet

principal de la journée d'aujourd'hui. Et je regrette que vous n'en ayez pas, en tout cas, je ne l'ai pas entendu, suffisamment évoqué.

M. Gilles Poutout

On ne peut pas tout dire en 20 minutes, même si j'avais un peu dépassé mon temps de parole.

Ce que je retiens de ce que vous dites et de ce que disait l'interlocuteur précédent, c'est le fait qu'il ne faut surtout pas opposer ce qui se passe aujourd'hui.

Je dirai qu'il y a des initiatives qui précisément vont vers la prise en charge collégiale, collective, pluridisciplinaire, pluri-professionnelle, même. Les réseaux en sont un exemple avec, une fois de plus, des choses bien réussies et des choses moins bien réussies.

Je crois qu'il ne faut surtout pas opposer les choses. Je n'ai pas parlé, effectivement, des réseaux avec plusieurs thématiques, parce que c'est en train de se construire, tout simplement.

Aujourd'hui, je pourrais vous dire notamment qu'il y a un rapprochement entre les réseaux de soins palliatifs et les réseaux Cancer, les réseaux de prise en charge de la douleur, voire les réseaux de personnes âgées.

J'évoquais avec François Bourdillon, en aparté, le fait que, par exemple, dans un département de la région parisienne, ils sont en train de faire sur un territoire de santé un ensemble de réseaux, si on peut dire, autour de la notion de la personne âgée et de la personne en fin de vie. Vous voyez, on a tous les éléments : la cancérologie, la personne âgée, la douleur, etc.

C'est en train de se faire. Il y a des initiatives. Et je pense qu'il ne faut surtout pas les opposer. Les maisons médicales de garde, par exemple, c'est pareil : les maisons médicales de garde, c'est le non programmé. On pourrait dire : est-ce que vraiment on est là dans l'idée du collectif ? Mais oui, parce que c'est un pas, effectivement. C'est un pas formidable que des médecins, à un moment donné, le soir, se retrouvent dans un lieu, ensemble, à plusieurs, pour prendre en charge une population.

Tout ce qui va dans le sens du collégial, du collectif, de la prise en charge globale forcément ressort... On remonte en amont, comme le disait l'interlocuteur précédent, pour faire une approche globale, c'est-à-dire incluant éducation, prévention, etc.

Moi, je le dis vraiment avec force, ici, parce que je crois que... je ne suis pas l'apôtre des réseaux de santé, mais quand on dit : « Les réseaux de santé, ils n'ont pas fait ceci, ils n'ont pas fait cela », il faut se rendre compte que c'est des milliers de gens, des milliers de professionnels qui ont cherché à faire des choses, qui ont construit

des choses. Ils ne sont pas tous devenus fous à faire ça. Cela veut dire qu'ils ont cherché à mettre en œuvre des choses.

Qu'ils n'aient pas trouvé tout du premier coup, c'est vrai. Mais je crois que maintenant, il faut les aider. Il ne faut pas opposer ce qu'ils ont fait à d'autres choses qui peuvent être faites à côté. Les regroupements de professionnels en grands cabinets, par exemple : oui, génial... parfait, pareil.

Je ne dis pas que les réseaux sont la seule voie, mais je pense qu'il y a un modèle sans doute à sortir, là, derrière. Les réflexions sur les prestations particulières, etc., c'est en germe. Donc allons-y, voyons-les, aidons-les à avancer comme on peut aider les maisons de garde, comme on peut imaginer de soutenir les exercices regroupés et tout ce qui est en général lien ville/hôpital.

Un médecin généraliste à Paris

Je voulais témoigner d'abord de la véritable révolution qu'a constitué pour moi le fait d'avoir un réseau de soins palliatifs dans mon quartier, pour ma pratique.

Mais ensuite, pour revenir au débat d'aujourd'hui, je me demande si le malaise qu'on éprouve un petit peu, la confusion dans laquelle on se demande qui doit faire quoi dans cette affaire, ne vient pas du fait que nous sommes dans un système de santé dans lequel le niveau du soin primaire est extrêmement faible.

Si on compare ce qui se passe dans d'autres pays dans lesquels il y a des soins primaires forts, comme en Angleterre ou en Hollande, on se rend compte que les choses se passent différemment et que les différents acteurs qui veulent tous apporter leur contribution à la prévention, pourraient se mettre au service de la prévention et au service du système de santé avec des soins primaires forts.

Des soins primaires forts, cela veut dire probablement des cabinets de groupe ; cela veut dire des listes... des véritables listes que ce cabinet de groupe puisse gérer, par lesquelles il puisse contacter les gens qui n'ont pas été vus depuis x mois ou années, leur proposer quelque chose.

Alors qu'aujourd'hui, moi, en tant que médecin généraliste, je n'ai pas le droit. L'ordre des médecins considère que je n'ai pas le droit d'appeler des patients que je n'ai pas vus depuis longtemps, alors que je sais très bien qu'ils sont un peu en errance, éventuellement de prévention, mais qui n'ont plus de soins.

Donc, il faudrait que l'on soit clairement mandaté pour faire cela. Aujourd'hui, personne ne nous mandate pour cela. Aujourd'hui, nous sommes encore dans le modèle du paiement à l'acte dans lequel on vient nous voir, on fait un acte

intellectuel, on donne une ordonnance, on se fiche plus ou moins de ce qui va se passer à la fin et on est payé.

Je crois que si on était dans un système différent, on pourrait tout à fait utiliser, en aval, quelque chose qui serait une espèce d'évaluation des besoins de santé des personnes, les réseaux, les structures d'éducation pour la santé, etc.

Mais il me semble que la première chose, c'est de se poser la question de la faiblesse du niveau de soins primaires du système de santé français.

Président de séance : François Alla

Merci. On va conclure.

2^e SESSION :
Examens périodiques :
ciblés ou ouverts ?
Et ensuite comment s'organise
la prise en charge ?

Présidence : Emmanuel Ricard
Société française de santé publique

2^e session : Examens périodiques : ciblés ou ouverts ? Et ensuite comment s'organise la prise en charge ?

Présidence : Emmanuel Ricard

Société française de santé publique

Je vous propose de reprendre cet après-midi. Comme vous l'avez vu sur le programme, cette partie de l'après-midi continue sur ce qu'on avait commencé ce matin. On va essayer de voir les questions d'interface qui peuvent se poser entre les consultations de médecine générale en prévention et certains organismes ou certaines initiatives qui se sont développées dans des champs plus spécifiques : les examens systématiques de santé, la question de la petite enfance.

Et on va commencer avec le docteur Piette sur les questions de l'adulte de plus de 70 ans.

LA CONSULTATION DE PRÉVENTION À 70 ANS PAR LE MÉDECIN TRAITANT

P^r François Piette

Service de médecine interne et gériatrie, Hôpital Charles Foix (AP-HP)

Il nous a été confié une mission par le ministre, Monsieur Bas, au professeur Jeandel, à moi-même, à Danièle Mischlich de la DRASSIF, et à l'INPES, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, celle de mettre sur pied une consultation de prévention à 70 ans.

Il y a encore un certain nombre d'arbitrages qui ne sont pas définitifs, donc je vais vous donner l'état de la question à ce jour.

À quel âge ? On avait évoqué 70 ans \pm 1 an. En fait, on s'oriente plutôt à 70 ans révolus, avec une information qui sera faite à toutes les personnes de 70 ans, avec la possibilité, si des personnes sont informées par un autre canal, par des amis, etc., de pouvoir bénéficier de cette consultation même au-delà de 70 ans.

Par qui sera-t-elle effectuée ? Par le médecin traitant, sachant que ce n'est pas aussi simple que cela de répertorier *stricto sensu* les médecins traitants. La quasi-totalité des personnes âgées ont un médecin généraliste comme médecin traitant, mais ce

n'est quand même pas toujours le cas. Pour certains, c'est leur cardiologue ; certains ont déclaré un gériatre comme médecin traitant, d'autres un rhumatologue, etc.

Et finalement, il a été dit que tout médecin traitant, quelle que soit sa spécialité, pouvait bien évidemment effectuer cette consultation de prévention, mais que pour informer au mieux les personnes de 70 ans et les former, les médecins généralistes traitants sont le plus souvent les acteurs concernés.

Quel est l'objectif principal ? C'est de mettre en évidence les facteurs de risque directs et indirects de dépendance. Alors, tout dépend de ce qu'on entend par « facteurs de risque indirects de dépendance », parce que si tout le monde est à peu près d'accord sur les facteurs de risque directs, les facteurs de risque indirects aboutissent à une liste assez longue. Et cela nous a amenés à des discussions qui ne sont pas toutes closes entre les différents membres du groupe technique.

Pour prendre un exemple emblématique de nos discussions, il nous a semblé intéressant de nous enquêter auprès des patients de 70 ans de savoir s'ils étaient satisfaits de leur sexualité dans leur vie et s'ils accepteraient d'en parler, en se disant que de nombreuses enquêtes avaient mis en évidence le fait que ces personnes ne trouvaient pas à qui parler, que c'était un sujet assez peu abordé et que c'était un facteur très important de dépression, de consommation de psychotropes, d'insatisfactions diverses. Donc, c'est bien selon nous un facteur de risque, indirect d'entrer dans la dépendance. Mais on peut discuter longuement et on n'a pas fini de discuter de savoir s'il fallait poser ce type de question.

L'objectif aussi, c'est de mettre en place des actions de prévention grâce à un réseau d'aval en se disant que, très probablement, le médecin généraliste traitant ne serait pas compétent pour mettre en place l'ensemble des actions de prévention. Certains pourront plus particulièrement le faire dans certains domaines, d'autres dans d'autres. Donc, ce réseau d'aval peut comporter des médecins spécialistes (ORL, ophtalmo, sexologues puisqu'on en parle) et/ou une consultation mémoire de proximité, telle qu'elle est prévue par exemple dans le plan Alzheimer, et/ou un hôpital de jour quand il y a plusieurs problèmes à régler, et/ou avec ou sans recours aux spécialistes, des actions thérapeutiques diverses, comme par exemple l'incitation à une activité physique, une enquête sociale plus complète par une assistante sociale, l'intervention d'une diététicienne, la remise de documents divers de prévention (et là, on voit bien que le rôle de l'INPES est particulièrement important), et/ou enfin un réajustement de la thérapeutique médicamenteuse avec un souci, partagé par tout le groupe technique de prévention de la iatrogénie.

Les modalités de cette consultation de prévention, telles que nous les avons prévues, consistent en un auto-questionnaire assez complet, suivi d'une consultation médicale proprement dite.

On s'est beaucoup interrogé sur l'auto-questionnaire : est-ce que la population française de 70 ans était culturellement prête à répondre à des questions diverses, dont certaines assez intrusives, comme celle que je vous ai citée tout à l'heure ? Est-ce que ça n'allait pas déstabiliser certaines pathologies anxieuses ou dépressives, etc. ?

Comme tout arbitrage, forcément, il est arbitraire. Et donc, on est arrivé à un certain équilibre, avec à la fois un souhait d'effectivement amener le patient à se poser un certain nombre de questions en se disant que peut-être, pour certains éléments, il se libérerait plus facilement face à une feuille de papier que dans un dialogue singulier, mais aussi quelques arrière-pensées très directement économiques. Je crois que cela ne sert à rien de se le cacher, c'est-à-dire que tout ce qui pouvait être fait dans le cadre d'un auto-questionnaire réduirait la durée de la consultation de prévention elle-même, et donc son coût.

La consultation proprement dite voudra d'abord confirmer les anomalies dépistées par l'auto-questionnaire, puis préciser quelques éléments de l'examen clinique sur les items qui sont marqués, comme par exemple la cognition ou l'équilibre.

Le principe, c'est que le patient garde un exemplaire de son dossier, qu'il peut utiliser dans son parcours de soins, s'il va consulter à l'hôpital, s'il va voir un spécialiste, s'il déménage, et que le médecin garde un exemplaire et qu'il s'en serve pour le suivi ultérieur de son patient. Et donc ce document, l'auto-questionnaire et le contenu de la consultation médicale garde une valeur pédagogique.

Certains des items sélectionnés seront centralisés. L'InVS (l'Institut national de veille sanitaire) sera probablement impliqué dans la gestion de ces données.

Avant de se lancer sur un programme aussi ambitieux, bien évidemment, il a été souhaité qu'une expérimentation se déroule. La première phase est en cours et consiste à essayer de juger de l'ergonomie des outils qui sont mis en place, donc auto-questionnaire et formulaire d'examen clinique. Un « focus group Patients » et un « focus group Médecins » ont été constitués. C'est l'Institut IPSOS qui est chargé de la réalisation et de l'analyse de ces « focus groups ». Et puis 100 dossiers, à titre pré-expérimental seront réalisés dans des délais assez brefs en médecine générale.

La deuxième phase, qui devrait démarrer dans le courant de l'année prochaine, consistera cette fois-ci à mesurer, en situation réelle, probablement dans trois départements différents, l'acceptabilité des patients par rapport à la cible, donc qui sont encore une fois les gens de 70 ans. Donc, probablement trois départements issus de régions dans lesquelles les URML et les URCAM s'entendent bien et sont intéressées à travailler ensemble. Le contact se fera d'une part par les médecins, les associations de formation continue, les associations amicales ; les conseils départementaux de l'Ordre seront informés, et une formation sera organisée de type à la fois présenciel et par e-learning.

Ainsi, les personnes seront contactées par leur médecin une fois formé, mais il y aura aussi un contact direct des patients par les Caisses d'Assurance Maladie qui enverront un courrier, avec une carte T à retourner qui déclenchera l'envoi postal de l'auto-questionnaire, le principe ayant plutôt été retenu de ne pas diffuser l'auto-questionnaire à des gens qui ne voudraient pas faire la démarche minimale pour le recevoir, c'est-à-dire renvoyer une carte T.

Divers moyens médiatiques qui ne sont pas complètement définis, seront mis en place, c'est-à-dire par exemple des affiches dans les salles d'attente des médecins, des affiches chez les pharmaciens, l'utilisation de la presse locale et aussi la possibilité de se faire remettre l'auto-questionnaire par son médecin.

Il est prévu qu'au terme de l'auto-questionnaire, on s'enquière de savoir quel a été le moyen médiatique le plus « rentable », pour le patient pour le convaincre de s'impliquer dans cette expérimentation.

Les modalités de la généralisation, au-delà de l'expérimentation, ne sont pas totalement définies. Il s'agira probablement d'une généralisation progressive.

Est-ce que l'on multipliera des expérimentations en passant à l'échelon non plus de départements mais de régions ? Est-ce qu'on pourra envisager, à un moment donné, des évaluations d'impact – pas forcément en termes de morbi-mortalité, parce que cela nous entraînerait très loin – mais l'impact sur les comportements des médecins et ceux des patients ?

Enfin, les modalités d'intéressement du médecin traitant ont été évoquées et sont en voie de finalisation, c'est-à-dire qu'il y aura une rémunération spécifique qui semble tourner autour de la hauteur de 2,5 C pour un travail médical strict envisagé entre 35 et 45 minutes et puis en plus la validation de points de formation médicale continue et éventuellement d'évaluation de pratique professionnelle (EPP).

En conclusion, cela nous paraît un projet magnifique, mais assez complexe. La richesse et la diversité des gens qui ont participé au groupe de pilotage traduisent peut-être la complexité du sujet et expliquent la relative lenteur à se mettre totalement d'accord sur tous les points. Vous avez ici les principaux participants : l'INPES, nous-mêmes, la Haute Autorité de Santé, la Direction générale de la santé, l'InVS, les caisses d'assurance maladie, les URML et puis différentes personnalités du groupe. Et je les remercie tous.

*
**

Président de séance : Emmanuel Ricard

Merci de cette présentation. Comme je sais que vous devez être dans une autre réunion ensuite et donc nous quitter un peu plus tôt, nous allons tout de suite prendre les questions. Par rapport à cette intervention, s'il vous plaît...

Vincent Pachabezian

Médecin généraliste Réseau Paris Rive Gauche

Encore une fois, il y a une différence entre des termes sur dépistage et prévention. Je me souviens que, il y a quelques années, j'ai déposé un projet FAQSV (Fonds d'aide à la qualité des soins de ville) de prévention auprès des personnes âgées. Et alors, je vais vous vendre quand même une petite idée, pas trop cher, mais là, on est dans le dépistage. Et il y a tout un aspect prévention qui est, par exemple, prévenir les chutes... aussi j'avais imaginé la possibilité de faire une visite à domicile des personnes de plus de 70 ans pour fixer les tapis, pour fixer les barres de seuil, pour éventuellement apprendre aux personnes âgées à se relever quand elles chutent. Malheureusement, mon projet a été refusé par les financeurs, mais je suis prêt à vous vendre une partie des droits (rires)...

François Piette

Écoutez, dans le cadre des moyens alloués à cette mission, on pourra discuter de ce que l'on peut vous acheter. Je ne doute pas que ce soit très élevé...

Si vous voulez, il a été question, pendant un moment, d'appeler cette consultation « consultation de dépistage et de prévention », parce que très clairement, et peut-être vous l'avez senti au travers de l'exemple principal que j'ai pris dans cette présentation, l'idée était quand même de faire en sorte que le médecin s'intéresse à des sujets auxquels il ne s'intéresse pas forcément en premier lieu. Donc on n'a pas mis la prévention cardiovasculaire en premier élément. On a pensé à autre chose comme les plaintes sur la perte de mémoire, l'équilibre psychologique, la sexualité et l'équilibre physique...

Donc, l'idée est bien de dépister, mais simplement on a retiré ce mot « dépistage », parce qu'il continue à faire peur et qu'un certain nombre de gens ne veulent pas être dépistés. Ils veulent bien qu'on les prévienne, mais... ceci étant, pour faire une bonne prévention, me semble-t-il, il faut d'abord savoir ce que l'on veut prévenir.

Ainsi, le mot « dépistage » a été volontairement retiré même si, bien évidemment, il y a une dimension de dépistage.

L'idée, c'est que le médecin traitant ne peut pas tout faire sur tous les domaines, enfin c'est ce qu'il nous a semblé en tout cas. Aussi, pour certains domaines qu'il

maîtrisait parfaitement, il pouvait d'emblée se lancer dans des choses personnellement. Et si certains médecins ont des compétences toutes particulières dans le domaine de l'ergothérapie, par exemple, pour savoir où placer des barres de seuil, etc., il ne faut surtout pas qu'ils se privent de se lancer là-dedans. Pour d'autres cas, il aura affaire à des structures relais et à un certain nombre d'hôpitaux de jour (par exemple, parce que je connais à peu près cela), qui ont des programmes avec des visites à domicile et qui peuvent intervenir là-dessus. Je sais que, par exemple, à Poitiers, mon ami Gilles Kemoun a monté un programme qui s'appelle « Pas de chute », avec visites à domicile, qui établit un diagnostic aussi précis que possible et met des actions en route.

Je ne sais pas si cela répond à votre question.

Olivier Rozand

Médecin généraliste, Lecteur Émérite de la revue Prescrire

Excusez-moi pour cette question iconoclaste, ne craignez-vous pas, par cette consultation de prévention à 70 ans, de détecter – pour ne pas dire dépister – des tas de patients atteints de maladie d'Alzheimer pour lesquels on ne va pas trop savoir quoi faire derrière ? Avec des traitements qui ont une efficacité très limitée ? Mettre en place une détection pour un simple suivi derrière, avec ces limites très fortes, ça nous gêne un petit peu.

Le reste est très intéressant, sur les chutes.

François Piette

Comme vous le savez sûrement, le pic de prévalence de la maladie d'Alzheimer n'a pas grand-chose à voir avec l'âge de 70 ans, puisqu'il se situe environ 10 ans au-delà.

Je ne dis pas que l'on ne va pas dépister de maladie d'Alzheimer du tout. On va probablement en dépister. Tout dépend ce que l'on appelle... les thérapeutiques... ou que les prises en charge n'ont aucune efficacité.

Moi, je crois qu'à partir du moment où on oriente les gens vers un diagnostic établi – et je pense que là aussi, il y aura besoin de structures relais pour que le diagnostic soit réellement affirmé – où on met un nom sur des troubles qui inquiétaient depuis quelques temps – sinon la personne, du moins son entourage – on donne un cadre plus précis pour la relation médecin/malade dans les années ultérieures, indépendamment même de toute action thérapeutique.

Pour avoir vécu les premiers déploiements des consultations mémoire dans le cadre du plan Alzheimer, j'ai vu les gens qui nous remerciaient et de dire : « Mais enfin, ça y est,

pour la première fois on arrête de nous dire : “C’est rien, c’est l’âge, c’est la fatigue.” On a mis un nom, on peut en parler, on peut faire appel à des aides spécifiques ».

Donc, je crois que, indépendamment de l’efficacité des médicaments, dont on peut effectivement parler longuement pour dire qu’elle est modeste, il y a quand même toujours un certain avantage à... enfin, en tout cas, sur le certain nombre de gens que l’on va dépister...

Alors, si vous voulez, pour être très simple, je pense que le plus gros dépistage de maladie d’Alzheimer, ce n’est pas nous qui allons le faire. C’est la mise en place de la vérification du permis de conduire à intervalles répétés. C’est là où il va y avoir le gros du dépistage de maladie d’Alzheimer. Mais cela va être un autre sujet.

La salle

Que deviendrons les malchanceux dont le trouble n’est dépistable qu’à 71 ans ?

François Piette

Effectivement, si la personne n’a rien à dire à 70 ans et qu’on ne peut rien mettre en évidence et que c’est dans les années ultérieures qu’apparaissent les troubles, et là effectivement on n’aura pas réussi complètement ce qu’on voulait.

Je crois quand même qu’il y a toute une série de phénomènes qui n’apparaissent pas en 6 mois, ni même en 2 ans. Il y a des signes prémonitoires et des éléments qui amènent progressivement à une situation. Donc, je ne suis pas sûr que ce soit si souvent, que cela soit aussi schématique que vous le dites. Mais cela doit sûrement exister quand même.

Président de séance : Emmanuel Ricard

Derrière cette question – vous me dites si je me trompe – c’est un peu la question qui était posée entre prévention et dépistage. Est-ce que c’est pour la mise dans une continuité d’une action ou est-ce que c’est une action à un moment donné, sur une fenêtre très courte ?

François Piette

Si vous voulez, je ne veux pas sortir de la lettre de mission qui m’a été confiée. S’il nous avait été confié une mission pour réaliser des examens périodiques de santé tous les 5 ans, alors le problème aurait été différent. Là, il est clair que nous sommes sur une photographie à un instant donné.

Je ne pense pas, aussi, que la population de plus de 70 ans soit sous-médicalisée, sauf quand elle le veut, quand elle le souhaite ou dans certaines circonstances particulières.

Donc, ce qu'on souhaite plutôt, au travers de cette consultation de prévention, c'est donner un cadre de relation médecin/malade valable bien évidemment au moment de la consultation de prévention, mais aussi dans les années ultérieures.

J'aurais même tendance à dire que, quand le médecin traitant aura fait 500 dossiers de consultation de prévention, et si quelqu'un, à 72 ans, a des problèmes du même ordre à évoquer, il aura pris l'habitude d'évoquer ce type de problème avec ses patients de 70 ans.

Je comprends bien le caractère spécieux de ma réponse, mais j'essaie de m'en sortir comme je peux.

La salle

Juste un petit commentaire amusant sur l'âge de 70 ans, qui me semble un très bon âge, mais juste pour rappeler ce que certains savent sans doute déjà, qu'à 70 ans, les banques font doubler les primes d'assurance. Donc, c'est un bon argument pour dire qu'on a un certain nombre d'éléments qui tendent à penser que la morbidité augmente quand même sérieusement à partir de 70 ans... Enfin, ce qu'on sait déjà. C'est juste un rapprochement... C'est un bon âge. Voilà, c'est tout.

Isabelle Breton

Médecin inspecteur à la DASS de la Vienne

Je voulais savoir si vous aviez envisagé des articulations avec le médico-social et avec le social, à la suite de ces consultations de prévention. Je pense, par exemple, aux maisons de retraite qui mettent en place des activités pour certaines personnes ayant des troubles de la mémoire débutants ou des associations qui mettent en place des actions de prévention, financées d'ailleurs par l'État, pour les personnes âgées ou pour tout autre type de public.

Est-ce que ce type d'action et d'articulation a été envisagé à la suite de cette consultation de prévention ?

François Piette

Là, je suis plus à l'aise pour vous répondre. Effectivement, il a été décidé d'établir un guide des ressources locales, département par département, en recensant les initiatives, dont celles auxquelles vous faites allusion, et de les utiliser à plein comme relais

thérapeutiques en aval de cette consultation de prévention. Donc, cela peut concerner soit des consultations, soit des ateliers... Enfin, tout ce qu'on peut envisager dans ce domaine.

*
**

Président de séance : Emmanuel Ricard

Je vous propose que l'on reprenne l'ordre initialement prévu. Donc, nous allons revenir sur le CETAF et l'articulation de la consultation de médecine de prévention, avec les centres d'examen de santé.

LES NOUVELLES MISSIONS DES CENTRES D'EXAMENS DE SANTÉ DÉFINIES PAR LA CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION ENTRE L'ÉTAT ET L'ASSURANCE MALADIE

Catherine Guenot

Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé (Saint-Étienne)

La mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie constitue un objectif majeur de la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2006-2009 signée le 7 août 2006 entre l'État et la Cnamts. Au sein de cette convention, la Cnamts place la gestion du risque⁽¹⁾ au cœur de l'action de l'ensemble du réseau de l'assurance maladie. En tant qu'acteur de prévention, elle s'engage à inscrire son action dans le cadre de la politique de santé publique définie par le gouvernement, et à la coordonner avec celles des autres opérateurs de prévention. Les Centres d'examens de santé (CES), instruments de la politique de gestion du risque et de prévention de la Cnamts, voient leurs missions évoluer notamment à l'attention des assurés les plus éloignés du système de santé et du médecin traitant, partenaire privilégié dans le suivi de leur action de prévention.

L'examen périodique de santé

Les Centres d'examens de santé (CES), qui représentent en 2006 un réseau de 112 structures géographiquement réparties sur les territoires de la France métropolitaine et de la Guadeloupe, ont pour principale mission de réaliser un examen périodique de santé pour le compte de l'Assurance Maladie (figure 1).

(1) La gestion du risque vise à améliorer la qualité des soins, à en accroître l'efficacité et maîtriser l'évolution des dépenses.

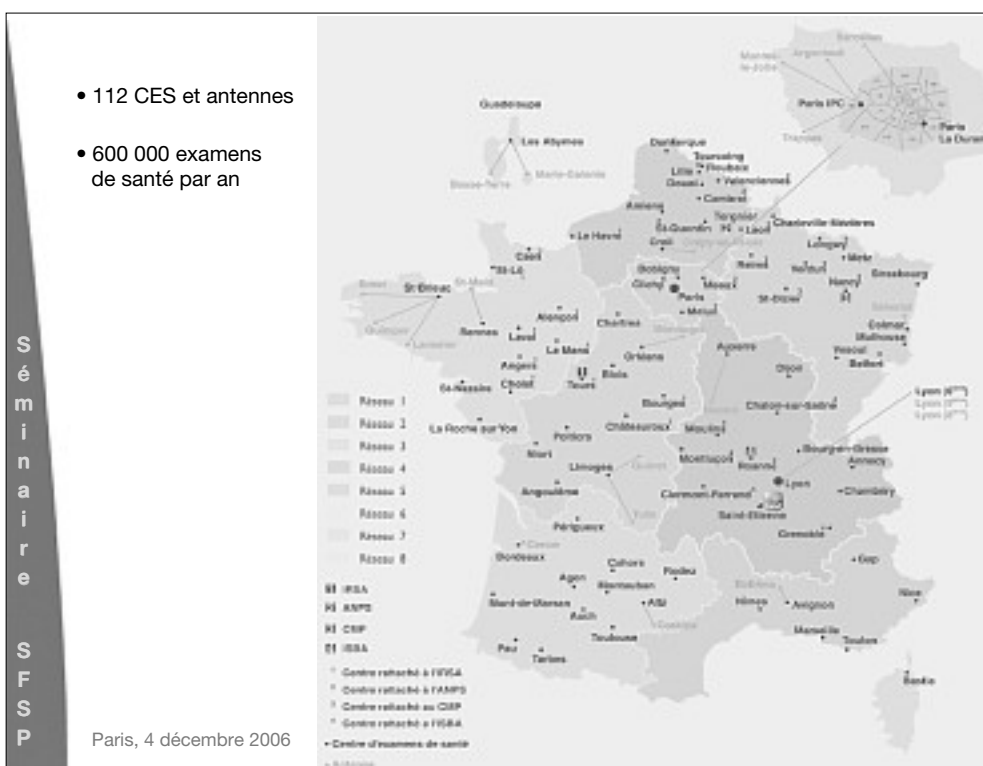


Figure 1 : Répartition géographique des CES au 1/12/2006

Depuis 1992, l'examen périodique de santé est modulé selon l'âge, le sexe, les risques et le suivi médical habituel des assurés. Il prend en compte les inégalités d'accès aux soins et de santé des populations, et cible particulièrement les personnes en marge du système de soins ou ne bénéficiant pas d'un suivi médical régulier au titre de la législation (chômeurs, bénéficiaires du RMI, jeunes sans emploi, retraités, inactifs, notamment) [1]. Cet examen a également pour finalité d'enrichir le dossier médical de l'assuré. En particulier, il permet une approche globale de la personne dans ses dimensions individuelle, familiale, sociale, plus largement dans ses conditions de vie et ses conditions de santé. Enfin, son contenu est harmonisé selon un certain nombre de recommandations arrêtées par la Cnamts, qui sont adaptées à la population particulière et à l'organisation particulière des centres d'examen de santé.

En 2002, le conseil d'administration de la Cnamts décide d'inscrire les examens périodiques de santé au sein de trois grands programmes, trois grands champs d'action évaluable, exportable auprès des professionnels de santé et valorisés :

- le programme de « Suivi des risques post-professionnels » inclut notamment le projet SPIRALE de repérage actif, d'information sur les droits et

d'accompagnement vers le suivi médical post-professionnel des nouveaux retraités, dans un premier temps hommes, qui ont été exposés à l'amiante ou aux poussières de bois pendant leur activité professionnelle ;

- le programme « Précarité-Inégalités de santé » a pour vocation de rechercher et de valider des outils qui permettent de mieux identifier et de mieux suivre, dans leur parcours de prévention, les populations en situation de précarité ;
- le programme « Prévention des risques liés au vieillissement » est un programme d'observation et d'intervention sur les déterminants cognitifs, sociaux, fonctionnels du vieillissement en bonne santé et, en corollaire, de la perte d'autonomie.

Ces trois programmes sont soutenus par un programme « Démarches Qualité », qui inclut l'accompagnement des CES vers la certification (un certain nombre d'entre eux le sont déjà), la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles, ainsi qu'un projet de cohorte épidémiologique : CONSTANCES, à partir d'un échantillon représentatif de la population du régime général, destinée à fournir des informations en termes d'état de santé et de comportement de santé.

La convention d'objectifs et de gestion 2006-2009 entre l'État et la Cnamts

Au sein de la convention d'objectifs et de gestion 2006-2009, l'État et la Cnamts « s'accordent sur la nécessité de renforcer l'efficacité des CES et de recentrer leurs activités en cohérence avec les priorités de santé publique et la politique de gestion du risque de l'assurance maladie ».

Trois orientations stratégiques pour l'Assurance Maladie, au sein desquelles les CES trouvent tout naturellement leur place, ont été définies :

- l'information et l'incitation à la prévention des assurés, notamment les assurés en situation de précarité ou les patients atteints de pathologies chroniques ;
- la lutte contre la précarité et les inégalités dans l'accès aux soins ;
- la promotion de l'efficacité des soins auprès des professionnels de santé et des assurés dans le respect des référentiels existants.

D'ici 2009, l'action des CES va donc s'organiser autour de ces trois grands axes.

- Le premier axe consiste à développer la prévention à l'attention des populations qui en ont le plus besoin. Concrètement, l'efficacité du ciblage des populations qui ne bénéficient pas ou insuffisamment d'une prévention spontanée devra être renforcée. En outre, les assurés qui ne sont pas encore inscrits dans les parcours de soins coordonnés seront incités à déclarer un médecin traitant.

L'objectif est double : réaliser un examen périodique de santé adapté à l'état de santé de ces populations et permettre aux personnes qui en bénéficient de mieux s'insérer dans le système de santé.

Pour mener à bien cette action, les CES s'appuieront très fortement sur les partenaires locaux (tissu associatif et institutionnel, médecins libéraux) avec lesquels les centres travaillent déjà en étroite collaboration depuis de nombreuses années. Cette action sera développée en cohérence avec la politique des groupements régionaux de santé publique.

- Le second champ d'action pour les centres d'examens de santé est défini par le soutien aux médecins traitants pour la prévention et la prise en charge des pathologies chroniques.

Les centres d'examens de santé – et c'est la nouveauté qu'introduit la COG – vont être amenés à proposer une offre de services aux médecins traitants sur des actions que ces derniers ne pourront pas prendre en charge. Cette offre portera dans les champs de l'éducation en santé ou de l'éducation thérapeutique à destination, respectivement, des publics à risque et des publics atteints de maladies chroniques. Elle sera conduite en partenariat avec les réseaux ainsi que les autres acteurs engagés dans ces activités. Elle se fera sur la base de référentiels établis ou validés par la Haute autorité de santé en lien avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

- Le troisième champ inclut la recherche d'une meilleure qualité et d'une plus grande efficacité de l'action des CES. Cela implique que de nouvelles mesures soient prises concernant l'organisation, la gestion et la qualité des examens périodiques de santé. Celles-ci porteront notamment sur deux points : la construction d'un référentiel commun pour les examens périodiques de santé, qui sera validé par la Haute autorité de santé, et la poursuite du mouvement déjà engagé de la certification des CES d'ici la fin de la convention d'objectifs et de gestion, c'est-à-dire 2009.

Partenariats Centre d'examens de santé et médecine libérale

« À travers les examens à vocation préventive qu'ils réalisent, les CES peuvent apporter un service complémentaire de la médecine libérale et répondre à des préoccupations insuffisamment prises en compte ». Énoncée par la COG, cette disposition conforte la vocation des centres dès leur création : être des structures qui œuvrent en complémentarité et au service de la médecine libérale, dans une double démarche individuelle et collective de l'examen périodique de santé.

Bénéfice individuel par une approche globale de la personne

Comme évoqué plus haut, l'examen périodique de santé doit être considéré comme un dispositif d'orientation vers une meilleure prise en charge de la santé. À ce titre, avec l'autorisation du consultant, les résultats de l'examen de santé sont adressés au médecin traitant. En tant que pivot du parcours de prévention de la personne, le médecin traitant entreprend les suites d'examen de santé et prend en charge les anomalies qui auront été détectées au cours de l'examen périodique de santé.

Pour appuyer cette relation CES/médecin traitant, il a été mis en place, dès 1986, un service dit de « suite d'examen de santé » (SES), destiné à donner toutes les informations utiles au médecin traitant et qui inclut, selon l'organisation des CES, une à deux consultations jusqu'à 1 an après le passage de la personne au Centre. Ce service est rémunéré au médecin 1,5 C sous réserve que celui-ci assure un retour d'informations exploitables par le CES sur les suites qui auront été données au dossier du patient.

Au sein de ce service de suite, le médecin peut être interpellé pour des problèmes de santé dont on veut limiter l'aggravation ou pour des examens complémentaires, dans le cadre des priorités de santé. Sont concernés les publics précaires ainsi que les personnes qui ne seraient pas à jour vis-à-vis des recommandations concernant notamment les cancers féminins et colorectal, l'hépatite C, la séropositivité HIV, l'hypertension artérielle, le diabète et les personnes qui présenteraient un défaut de couverture vaccinale.

Bénéfice pour la santé publique

Les CES réalisent 600 000 examens périodiques de santé. L'examen de santé étant recommandé tous les 5 ans, ce sont au plus 5 % de la population des assurés qui sont reçus dans les CES. En outre, ces structures n'ont ni les moyens, ni les capacités d'examiner tous les assurés.

Le réseau des CES doit donc être considéré comme un lieu d'expérimentation et d'observation des bénéfices de la prévention pour la santé publique, un lieu où sont formalisés des tests, des méthodes, des partenariats, des procédures de prévention utilisables dans la pratique quotidienne des professionnels de santé.

Par ailleurs, à travers ces 600 000 examens, le réseau des CES dispose d'une base de données épidémiologiques importante, susceptible d'éclairer les priorités de santé publique.

Exemples de projets à destination des professionnels de santé

Les trois projets multicentriques suivant, coordonnés par le CETAF, viennent illustrer la double vocation individuelle et collective de l'examen périodique de santé. De tels projets sont nombreux dans le réseau des centres d'examen de santé. Tous sont

guidés par le souci, d'une part, d'assurer la meilleure prise en compte des demandes des consultants, (demandes à l'origine de l'examen périodique de santé ou demandes exprimées au cours de l'examen périodique de santé) et, d'autre part, celui d'apporter une réponse, sous forme de plan stratégique d'actions, au consultant lui-même ainsi qu'aux professionnels de santé qui ont en charge la suite de ces examens.

• Le premier exemple concerne le **ciblage des populations en situation de précarité** (figure 2).

Entre mars et mai 2006, plus de 22 000 personnes, soit 90 % de la population des CES examinée pendant 2 semaines, ont été interrogées par questionnaire sur leur mode de connaissance du centre ainsi que sur leur situation socio-économique (31 questions, 231 items). Au sein de cette population, un peu plus de 21 % des personnes sont en situation de précarité socioéconomique, c'est-à-dire répondent aux critères habituels vis-à-vis de la CMU ou de la situation de non-emploi (arrêté ministériel du 20 juillet 1992).

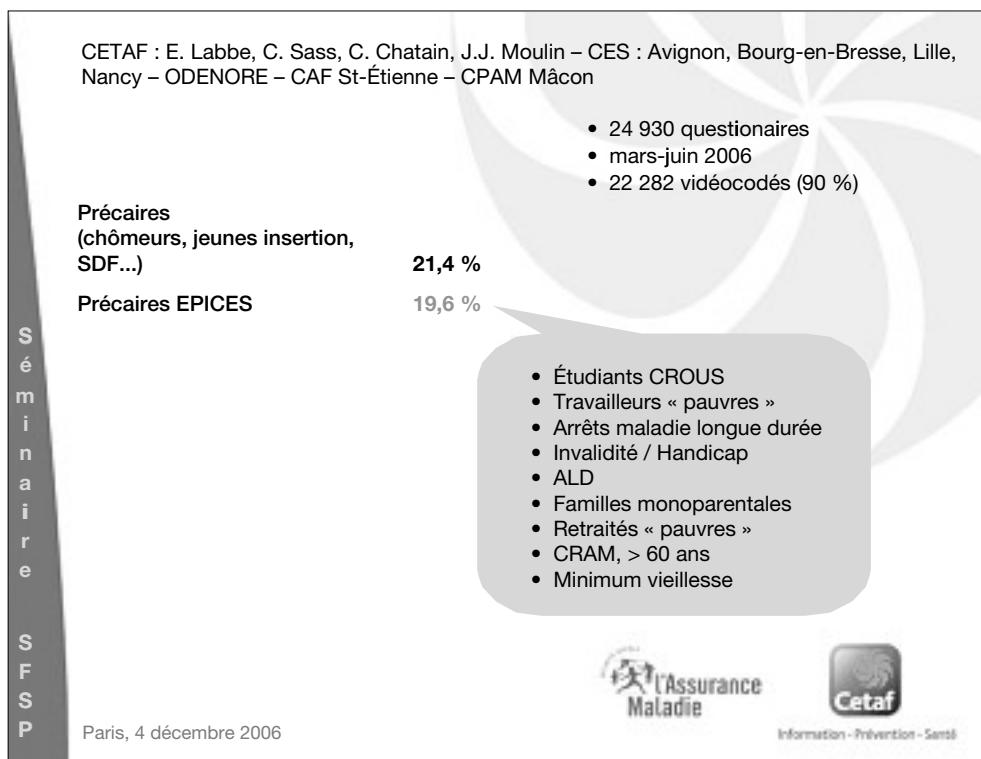


Figure 2 : Profil socio-économique des personnes en situation de précarité examinées dans les CES (étude ciblage)

En utilisant le score EPICES [2], un outil qui a été développé au sein des CES pour prendre en compte le caractère multifactoriel de la précarité, on observe que 19,6 % de la population non-précaire au sens socioéconomique, le sont dans les autres dimensions sociales. Au sein de cette population, on relève essentiellement : des étudiants en difficulté, des « travailleurs pauvres », des personnes en arrêt longue maladie, des personnes invalides ou handicapées, des personnes bénéficiant de l'ALD, des membres de familles monoparentales, des « retraités pauvres », des personnes bénéficiant des allocations de la CRAM, du minimum Vieillesse... Ces personnes ont été adressées au CES soit par le médecin traitant, soit par la médecine universitaire, la médecine du travail et les structures sociales.

Les résultats de cette étude vont permettre d'envisager de nouveaux partenariats pour orienter le recrutement des CES vers de nouvelles cibles de populations en situation de précarité et répondre aux exigences de la COG. Les professionnels de santé tiennent une place centrale au sein de ces partenariats.

Le **suivi prospectif de l'examen périodique de santé** que le Cetaf met en place avec la collaboration des CES et de partenaires externes en charge des publics précaires, constitue le pendant de cette étude sur le ciblage. À l'origine, ce projet vise deux objectifs : rechercher les facteurs favorisant ou freinant l'application des recommandations qui sont émises au cours de l'examen de santé pour tous les publics en difficulté ; rechercher les facteurs qui favoriseraient ou freineraient la circulation d'informations entre le CES, les consultants et les médecins traitants. Un suivi des personnes concernées par l'étude pendant une année sera mis en place.

- Le deuxième exemple traite de **l'évaluation des fonctions cognitives** dans les centres d'examen de santé (figure 3).

L'équipe qui a en charge ce projet a relevé que 30 % des consultants des CES se plaignent de troubles de la mémoire, plaintes renforcées par la crainte de la maladie d'Alzheimer en augmentation continue [3].

Une des réponses a consisté à expérimenter un bilan cognitif (figure 3) : 4 % seulement de la population plaignante ont été adressés vers les consultations Mémoire. Le retour d'information de ces consultations a permis d'estimer à 1 % le taux de personnes présentant un syndrome démentiel.

En revanche, l'étude a montré que 30 % de la population interrogée présentaient une symptomatologie dépressive. Les suites de cette étude comportent deux volets. En premier, une recherche coût-efficacité sur les tests qui pourraient être utilisés dans les CES pour rassurer les personnes qui, à tort, pensent être atteintes de troubles cognitifs et, inversement, orienter vers les consultations Mémoire les personnes à risque de troubles cognitifs. En second, une recherche sur les modalités d'identification et

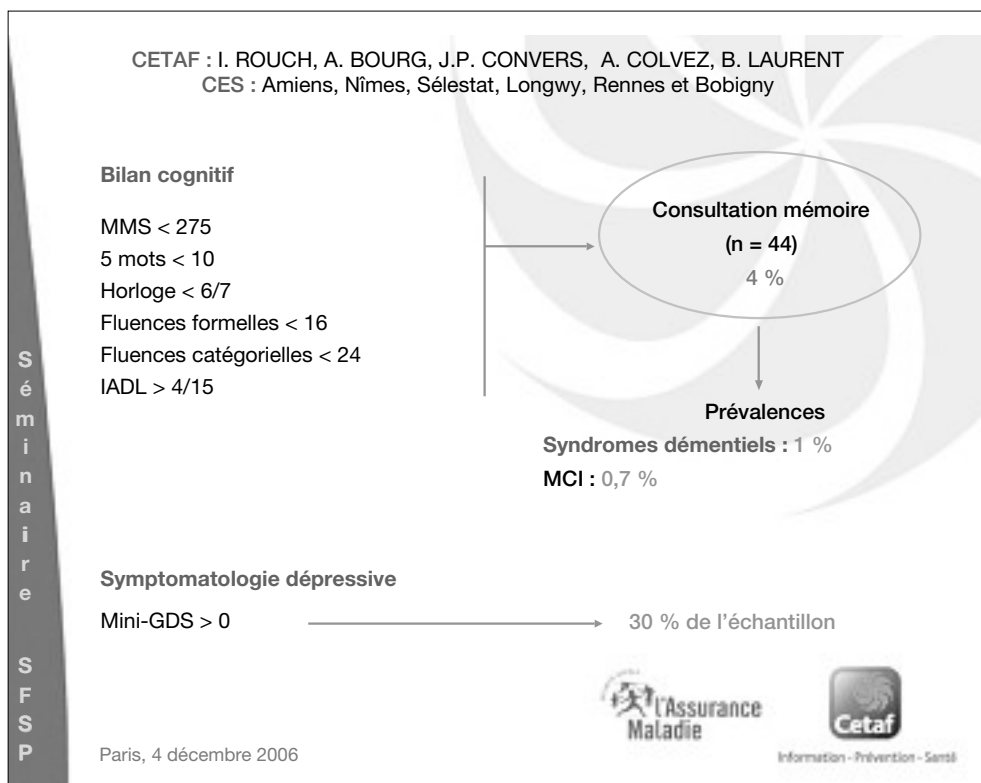


Figure 3 : Prévalence des troubles cognitifs et des symptômes dépressifs dans une population de 1 031 personnes de plus de 60 ans examinées dans six CES

de prise en charge de la symptomatologie dépressive, d'ailleurs retrouvée chez les personnes présentant des troubles cognitifs.

De cette étude, devraient découler un certain nombre de pistes et d'outils qui seraient mis à la disposition de la médecine libérale.

- Le troisième exemple est celui de la **prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile** (figure 4).

Il existe un consensus sur l'efficacité des interventions multidimensionnelles pour la prévention des chutes. En revanche, la question concernant la définition de la population à risque de chute n'est pas vraiment résolue.

Les responsables du projet se sont donné pour objectifs de :

- comparer le caractère prédictif de 5 méthodes cliniques d'identification des personnes âgées à risque de chute dans une population âgée de 65 ans et plus, vivant à domicile ;

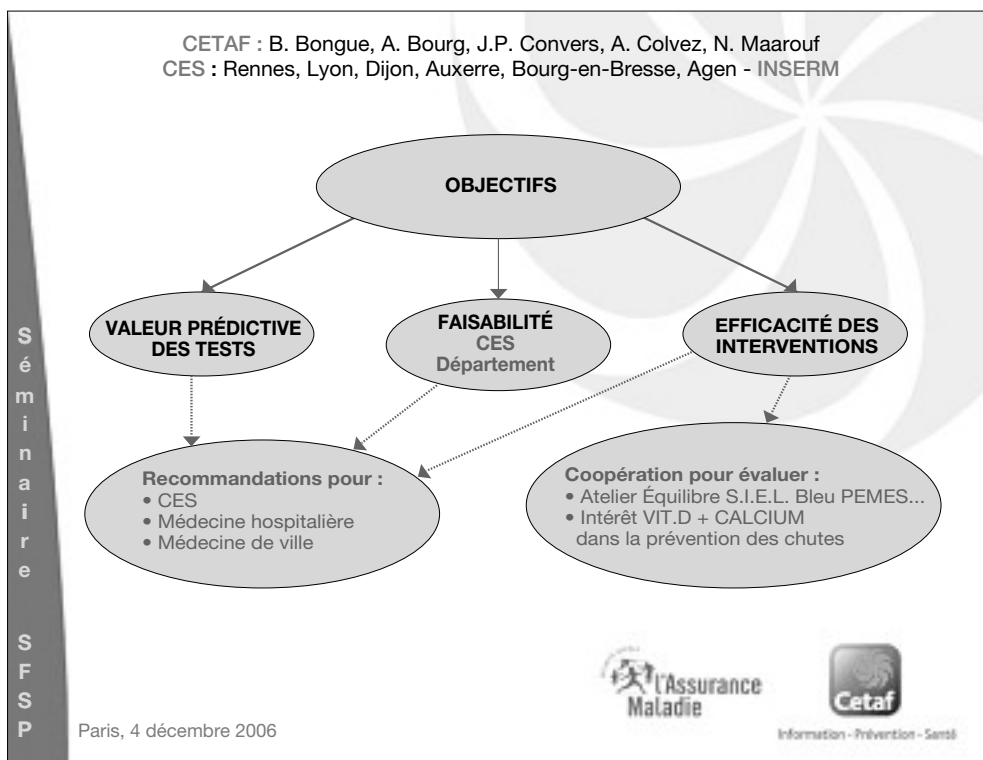


Figure 4 : Programme de prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile

- tester la faisabilité de ces tests dans le cadre des centres d'exams de santé, mais aussi à l'échelon d'un département (ce serait le département de l'Hérault) ;
- évaluer l'efficacité des interventions auprès des personnes à risque de chute (figure 4).

La finalité de cette étude est d'émettre des recommandations pour les CES voire d'orienter celles qui concernent aussi bien la médecine hospitalière que la médecine de ville.

L'évaluation de l'efficacité des interventions vise à aider le médecin traitant (et plus largement la médecine libérale ou les réseaux) à mieux orienter la personne âgée vers les ateliers équilibre, ou des traitements qui auraient fait la preuve de leur efficacité pour cette population.

Conclusion

La convention d'objectifs et de gestion signe la reconnaissance du rôle important des centres d'exams de santé comme acteurs de la politique de gestion du risque de l'Assurance Maladie. Elle s'appuie aussi sur leur ancrage institutionnel, sur les

partenariats locaux avec les tissus associatifs, les médecins traitants ou les réseaux, sur la pluridisciplinarité de leurs personnels, puisqu'exercent en leur sein des médecins, des infirmières, des diététiciennes et des psychologues, afin d'élargir la palette de ses services à l'assuré social et d'ouvrir de nouveaux champs au service de la médecine libérale.

Une évaluation de l'action des Centres devrait être conduite en cours et en fin de la COG.

Références

- [1] Arrêté du 20 juillet 1992 relatif aux examens périodiques de santé. *Journal officiel* n° 218 du 19 septembre 1992.
- [2] Sass C, Moulin JJ, Guéguen R, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, Giordanella JP, Girard F, Guénot C, Labbe E, La Rosa E, Magnier P, Martin E, Royer B, Rubirola M, Gerbaud L. Le score EPICES : un score individuel de précarité. Construction et évaluation du score dans une population de 197 389 personnes. *Bull Epidemiol Hebdomadaire*, 2006 ; (14) : 93-6.
- [3] Rouch I, Bourg A, Convers JP, Colvez A, Thomas Anterion C, Laurent B. Exploration de la plainte cognitive dans une population de consultants de Centres d'examens de santé. À paraître dans *Psychologie et Neuro-psychiatrie du Vieillessement*, 2007 juin ; 5 (2).

*
**

Président de séance : Emmanuel Ricard

Je vais appeler Bernard Topuz pour qu'il referme la boucle puisqu'ayant débuté avec les personnes âgées et pris dans la spirale des âges, nous allons revenir à la périnatalité et la petite enfance, puisqu'il va nous présenter les actions qui peuvent s'exercer en articulation avec la PMI.

LES EXAMENS DE SANTÉ DE L'ENFANCE AVANT 6 ANS

Bernard Topuz

PMI Seine St Denis

L'Organisation Mondiale de la Santé, fait la promotion des soins de santé primaire dans sa déclaration d'Alma Ata. L'une des 8 composantes des soins de santé primaires concerne la santé maternelle infantile. Il s'agit pour l'OMS de prôner notamment un renforcement de l'accessibilité de la population concernée à des soins préventifs dans ces périodes fragiles que sont la grossesse et la petite enfance.

Dans l'idéal cet exposé aurait pu être présenté conjointement par un médecin généraliste ou un pédiatre pratiquant ces examens dans son cabinet de ville et par un médecin les pratiquant en centre de PMI. Le double éclairage aurait été intéressant. En l'absence de ce scénario idéal, je voudrais préciser que je suis un ancien généraliste, installé pendant 8 ans, passé ensuite à la santé publique et à la PMI (15 ans).

Je présenterai d'abord le cadre général des examens de l'enfance ainsi que leurs objectifs. Puis je développerai le dépistage effectué dans ces examens avant d'ouvrir sur la notion de parcours de soins, parcours de santé. Je conclurai sur quelques paradoxes à partir desquels il me semble intéressant de tirer des enseignements.

Le carnet de santé rénové en 2006, et délivré à la naissance à chaque parent, informe les familles et les professionnels de l'existence et du rythme de 20 consultations médicales obligatoires de prévention entre 0 et 6 ans. Jusque-là, cette information était absente du carnet de santé. Il est paradoxal de constater que 99 % de la population et des professionnels ignorent ces obligations édictées par le ministère en 1977. Ces examens sont pris en charge à 100 % avec possibilité pour les familles de choisir d'y avoir recours dans le service public de PMI ou dans le cadre de la médecine de ville ou hospitalière. Depuis 1945, il existe un renforcement de la couverture médicale vis-à-vis des familles ayant un jeune enfant à travers la création des services de PMI présents systématiquement dans chaque département. L'accessibilité géographique (répartition sur tout le territoire), financière (droits ouverts à la sécurité sociale non exigés et absence de frais) et l'accessibilité culturelle (accès plus facile à des interprètes ou des médiations) est ainsi renforcée. Parmi ces 20 examens de santé, trois d'entre eux, dans les suites de la naissance, au 9^e mois et au 24^e mois, donnent lieu à un certificat de santé comportant des informations épidémiologiques adressées à la PMI. Le ministère exploite ces informations reçues à 90 % environ pour le premier examen, et à environ 70 % pour les deux autres examens. Jusqu'à une époque récente, le fait de ne pas avoir passé ces trois examens pouvait donner lieu à une sanction sous forme de baisse des allocations familiales délivrées aux familles. Pour aider les médecins à réaliser ces examens de santé, un guide « du bon usage du carnet de santé » a été réalisé à leur intention.

À l'heure actuelle, 80 % des examens de santé de l'enfant sont pratiqués par un médecin de ville le plus souvent généraliste, tandis que 20 % sont effectués par un médecin de PMI. Ces pourcentages varient beaucoup d'un département à l'autre selon la plus ou moins grande présence des services de PMI. Si une famille choisit de faire suivre son enfant en PMI, elle devra nécessairement avoir un médecin traitant hors PMI du fait de la limitation actuelle de la PMI aux soins préventifs. Cela l'oblige alors à composer avec deux médecins différents pour le même enfant. Rappelons aussi la place de plus en plus forte des médecins généralistes dans ces examens de santé du fait de la disparition progressive des pédiatres de ville.

Les objectifs des examens de santé du jeune enfant sont multiples. Nommons en premier lieu un objectif de soutien des parents. « Être parent, ce n'est pas si facile », énonçait l'ex-Comité français d'éducation pour la santé qui en faisait le titre d'une brochure à succès distribuée aux parents. La réalisation de l'objectif de soutien aux parents nécessite pour le médecin de prendre le temps, et d'être dans une disposition empathique ; cela veut dire aussi observer les pratiques d'accompagnement de l'enfant et être à l'écoute des inquiétudes des parents.

Un deuxième objectif de ces examens porte sur l'éducation pour la santé. Le médecin doit hiérarchiser les conseils qu'il va donner aux parents en fonction de l'âge de chaque enfant, des facteurs de risque et de son contexte de vie. Pour cela, il peut s'appuyer sur le nouveau carnet de santé de l'enfant qui contient plus d'informations qu'autrefois. Une étude menée en Seine maritime auprès des familles a montré que seulement 10 % des parents lisaient les conseils inclus dans le carnet de santé. Valoriser l'appropriation du carnet par les familles devrait être un objectif en soi. La multitude des actes à effectuer dans la consultation (déshabiller, peser, mesurer, vacciner...) peut amener le médecin à déléguer certaines de ces tâches à d'autres. Cela est plus facile lorsqu'il travaille au sein d'une équipe comme c'est le cas en PMI. Soulignons aussi que les conseils de prévention contenus dans le carnet de santé sont peu nombreux du fait du nombre limité de pages de ce manuel. La mise à disposition de documents complémentaires validés par les pouvoirs publics est nécessaire pour contrecarrer la multitude de documents de qualité très variable élaborés par le marketing des firmes commerciales de lait, d'eaux minérales, etc.

Un troisième objectif porte sur les vaccinations.

Un quatrième objectif porte enfin sur le dépistage. Le développement staturo-pondéral, les troubles sensoriels, neurologiques et psychomoteurs sont particulièrement visés.

Le médecin dépiste tout et tout le temps pendant ces 20 examens de santé, avec une exhaustivité des champs d'exploration qui est lourde à réaliser. On a vu ce matin la différence entre dépistage organisé et dépistage opportuniste faits en général à l'occasion d'une consultation pour un autre motif. Le dépistage pratiqué dans les 20 consultations de santé de l'enfant s'apparente plus à du dépistage « opportuniste », tout particulièrement lorsque ces consultations sont pratiquées en médecine de ville pour un motif initial de soin curatif. Certaines des 20 consultations recommandées à des âges-clés (4 mois, 9 mois, 2 ans, 3 ans, 4 ans et 6 ans) pourraient se rapprocher plus d'un dépistage organisé du fait notamment de la trame de l'examen préinscrite dans le carnet de santé. La Haute Autorité de Santé et l'IGAS (rapport publié sur la PMI en 2006) préconisent « d'organiser clairement » les consultations à ces âges-clé ainsi que le bilan de santé des 3-4 ans rendu obligatoire par la loi de protection de l'enfance. Celui-ci n'était réalisé jusque-là que dans la moitié des départements. Ces

préconisations visent donc à privilégier l'organisation plus forte de 6 des 20 examens de santé et du bilan de santé des 3-4 ans. L'avantage de la systématisation du bilan de santé des 3-4 ans est pour sa part de promouvoir un dépistage organisé avec une volonté explicitée de couverture de 100 % des enfants. Rappelons que les chiffres de couverture de réalisation des 20 examens obligatoires de santé de l'enfant ne sont pas vraiment renseignés. D'autres réflexions sont en cours notamment avec l'Inserm pour évaluer l'intérêt de dépistages organisés spécialisés spécifiques supplémentaires par exemple sur la surdité à la naissance.

Pour améliorer les parcours de soins et de santé, plusieurs pistes sont à développer :

- en premier lieu renforcer la coopération entre le médecin de PMI et le médecin traitant lorsqu'ils suivent le même enfant. La PMI pourrait devenir centre de ressource pour les médecins traitants, à un moment où ces derniers vont suivre de plus en plus de jeunes enfants ;
- en second lieu renforcer l'articulation de la médecine de première ligne avec la santé scolaire qui prend le relais des examens de santé aux 6 ans de l'enfant ;
- enfin mieux codifier les relations avec les consultants spécialisés de deuxième ligne qui suivent des enfants à risque particulier tels que les enfants drépanocytaires ou les enfants ayant eu une souffrance néonatale. Les réseaux de santé de la petite enfance existent peu. Ils sont parfois inclus dans des réseaux de périnatalité qui couvrent l'accompagnement de certains enfants jusqu'à l'âge de 2 ans.

Pour conclure, je souhaiterais engager la réflexion sur 4 paradoxes.

Le premier est de disposer aujourd'hui de 20 consultations obligatoires entre 0 et 6 ans peu ou pas connues. Il suffit pour s'en assurer de faire un sondage parmi des professionnels de santé ou dans la population générale. Pourquoi ne sont-elles pas connues ? Est-ce qu'il y a intérêt à les faire connaître ? Et si oui, pourquoi, comment, avec quel sens, etc. ? Quand quelque chose est obligatoire et n'est pas appliqué, il y a une multitude de questions à se poser.

Le deuxième paradoxe est la faible connaissance des buts recherchés dans ces examens de santé. Les objectifs gagneraient à être rediscutés à travers les connaissances de santé publique. Si l'on prend les statistiques de Seine-Saint-Denis, on note qu'il y a un enfant sur 10 qui, à 4 ans, a une ou plusieurs caries dentaires, qu'il y a 15 % des enfants qui sont obèses à 6 ans ; au niveau français rappelons qu'il y a 260 000 enfants qui sont concernés par des mesures de protection de l'enfance. Parmi eux, 130 000 sont confiés à des familles d'accueil ou dans des foyers. Enfin 50 000 enfants de moins de 5 ans sont hospitalisés chaque année pour diarrhée et déshydratation alors que les solutés de réhydratation orale sont connus depuis 20 ans.

Ces connaissances parmi beaucoup d'autres devraient remobiliser les acteurs des consultations de soins préventifs en donnant du sens à leur action.

Troisième paradoxe : le temps de la consultation est extrêmement court par rapport à la multitude des sujets à aborder, la multitude des actes à réaliser – peser, mesurer, examiner, vacciner –... Cela veut dire mener une réflexion sur ce que l'on privilégie dans la consultation. Par exemple, lors d'une première consultation de parents avec leur nouveau-né, il me semble intéressant d'aborder systématiquement le contenu de l'armoire à pharmacie de bébé ce qui par la suite peut se révéler très utile pour la famille. Il y a aussi la nécessité de s'appuyer sur des documents écrits validés qui prolongent les conseils donnés lors de la consultation.

Quatrième et dernier paradoxe : le terme et l'activité de PMI sont problématiques. Il s'agit tout à la fois d'un concept vieillot et d'un concept d'avant-garde ; vieillot parce que le sigle PMI est centré sur de la protection : c'est un terme défensif qui n'inclut pas toute la dimension promotion de la santé ; par ailleurs le terme PMI exclut aussi le père en ne nommant que la mère et l'enfant ; enfin la PMI organise la scission entre le préventif et le curatif ce qui est à mon sens contre productif.

Or la PMI est aussi un concept d'avant-garde au moment où est reconnu le besoin de structurer les services de santé de la petite enfance. L'IGAS préconise par exemple la création d'un Conseil national de la politique de l'enfance. Dans ce cadre, les centres de PMI pourraient voir leurs missions redéfinies et être rebaptisés centres de santé de l'enfant et de la famille.

*
**

Président de séance : Emmanuel Ricard

Catherine Guenot, je vais vous demander de nous rejoindre, et on va ouvrir sur les questions, sachant que si on veut récupérer un peu de temps, je ne laisserai que 11 minutes de questions, comme je vois que les intervenants suivants commencent à arriver...

François Paré

Angers

Je voudrais donner mon opinion sur le nouveau carnet de santé. Je ne le trouve pas opérationnel du tout. Il a 2 fonctions : la première est celle de noter le poids, la taille, les événements de santé de l'enfant ; la deuxième, c'est d'informer les parents. Et c'est bien là tout le problème, si les parents ne lisent pas ce document, c'est parce qu'il a ces 2 fonctions et que les gens – j'en ai parlé avec mes patients – ont du mal à intégrer cette double vocation.

Il est également, pour nous, extrêmement difficile de manipulation. Moi, je le trouve très difficile à manipuler.

Je vous remercie de penser à nous. Mais moi, je suis extrêmement inquiet. Tout ce qui nous a été présenté aujourd'hui, pour l'instant en tout cas, et peut-être qu'il va y avoir encore d'autres choses qui vont s'empiler derrière... les gens qui font tourner les réseaux, la PMI, ce sont des gens qui ont au départ la qualification de médecine générale.

Donc, petit à petit, on puise dans le réservoir des médecins généralistes qui n'est pas inépuisable... Par exemple, dans mon secteur d'activité, nous étions 41 médecins... je suis en milieu rural. 20 km autour de mon lieu d'activité, nous étions 41 médecins il y a 6 ans. Nous sommes aujourd'hui 30 : 1 seul est parti en retraite ; 2 ont choisi le plein temps hospitalier, ils avaient aux alentours de la soixantaine ; tous les autres qui sont des 40-50 ans ont fui. Ils ont fui vers des disciplines rémunérées à la fonction, au salaire.

Cela pose une nouvelle fois le problème de la rémunération des médecins généralistes, du maillage du territoire par les médecins généralistes.

Et si vous continuez à déshabiller la médecine générale, il n'y aura plus de médecins pour faire le pivot. Autour de quoi allez-vous tourner ?

Bernard Topuz

Je pense qu'on peut poser la question de façon large, parce que je ne me sens pas celui qui déshabille la médecine générale, bien entendu.

Pour moi, et c'est bien l'idée que je voulais développer, au lieu de déshabiller la médecine générale, il serait peut-être intéressant que la PMI, qui a un savoir-faire dans un domaine spécialisé, puisse travailler de plus en plus avec les médecins généralistes et faciliter le fait qu'ils fassent le travail auprès de la petite enfance dans de bonnes conditions et avec des correspondants faciles d'accès.

François Paré

Angers

Il y a aussi quelque chose de symptomatique, c'est que j'ai fait le tour, ce midi, des quelques médecins généralistes qui sont ici : personne n'a été invité ès qualités. Personne, parmi les 3 enseignants de médecine générale, n'a été invité parce qu'il était enseignant de médecine générale. Moi, j'ai même écrit, dans la revue *Santé publique*, voilà quelques années, sur des thèmes de prévention. Ce n'est pas pour cela que j'ai été invité, c'est parce que je cotise à la SFSP.

Donc, vous voyez le malaise. Et personnellement, je me sens un petit peu étranglé, là. Je ne me sens pas très bien. Rassurez-moi.

François Bourdillon

Président de la SFSP

Je vais vous rassurer. Tout d'abord, désolé que vous n'avez pas reçu cette invitation.

Nous avons utilisé un fichier qui nous permet d'envoyer des invitations aux colloques aux 5 000 personnes qui reçoivent le Flash hebdomadaire. Et puis on a un certain nombre de fichiers. C'est comme cela que se passe la diffusion et les invitations.

Aujourd'hui, on est plutôt dans un monde en lien avec la Santé publique plutôt que dans un monde « Médecine libérale ».

Très clairement, nous avons décidé, au conseil d'administration de la Société française de santé publique, de s'occuper et de réfléchir sur les questions de médecine générale et de santé publique. C'est ce que nous faisons aujourd'hui. Nous en avons discuté très largement avec certains d'entre vous au niveau des URML, en mesurant parfaitement le fait qu'aujourd'hui la parole n'était pas suffisamment donnée aux médecins généralistes, et nous avons pris l'engagement – et je le dirai tout à l'heure dans la conclusion que je vais faire sur ce séminaire – que nous ferons un second séminaire, au printemps, je ne sais pas encore quelle est la date, où il y aura une large part qui sera donnée à la médecine générale, aux médecins traitants afin que le débat continue et que les contributions des uns et des autres permettent de faire évoluer notre système de santé, car finalement, toute cette réflexion que nous essayons de mener, c'est pour être un laboratoire d'idées et faire avancer dans ce domaine.

J'avais une question, mais peut-être que je la poserai tout à l'heure.

La salle

Ce sera très rapide. Juste sur les 20 consultations : elles ne sont plus connues, parce qu'avant il y avait des étiquettes, avec un jeu de papiers, qui étaient données pour toutes les mamans à la maternité. Ces étiquettes ont disparu parce que maintenant, c'est la carte Vitale. Donc, voilà l'explication pourquoi on ne connaît plus ces consultations. Avant elles étaient repérables sur les formulaires et consultations et nous les connaissions. Donc, il faudrait trouver un autre support. Maintenant, la sécurité sociale envoie de temps en temps un courrier en disant : « Voilà la liste des consultations à telle date et telle date ».

Deuxièmement, sur ce carnet de santé, – et je relate ici ma propre expérience – c'est quand même un petit peu désolant de découvrir ce nouveau carnet de santé directement par la maman – lors de l'arrivée d'un nouveau bébé. J'ai appelé la PMI qui m'a renvoyée sur la DDASS pour obtenir un exemplaire du carnet de santé ET par là

même l'information destinée aux professionnels de santé. J'ai pu enfin le découvrir. C'est peut-être dommage d'être mis devant ces nouveaux carnets de santé sans les avoir distribués auparavant aux professionnels de santé.

François Bourdillon

Président de la SFSP

Je pense que ce n'est pas au responsable de la PMI de Seine-Saint-Denis de répondre à cette question.

Moi, j'avais une question pour la représentante du CETAF.

Très clairement, il y a eu une réorientation des activités des CETAF, notamment puisqu'il a été dit qu'il était important de toucher les personnes qui n'avaient pas recours aux soins. Plutôt que de proposer des bilans de santé à des personnes qui, par ailleurs, se faisaient déjà suivre, vous vous orientez vers de nouvelles populations, et je suis très satisfait de voir, avec quelques années de recul que, finalement, au moins 1/5^e de la population qui est vue dans les examens périodiques est considérée comme précaire.

J'ai envie donc de poser la question suivante... C'est bien de toucher cette population, mais avez-vous quelques données épidémiologiques qui montrent que les examens périodiques de santé permettent d'identifier un certain nombre de pathologies et de réorienter vers le système de soins ? Votre présentation nous laisse un petit peu frustrés sur ces éléments.

Catherine Guenot

Effectivement, nous avons des données de l'état de santé des populations examinées dans les centres d'examen de santé et nous réalisons un tableau de bord de la santé. Donc, c'est un tableau de bord transversal des différents indicateurs de santé recueillis dans les centres.

Mais il est certain que, comme je vous l'ai dit, la mise en place d'une cohorte de consultants des centres d'examen de santé pourrait permettre de suivre, dans le long terme, l'état de santé des populations selon les différentes caractéristiques socio-économiques, ou d'âge, ou d'environnement, et de voir justement les paramètres ou les indicateurs de santé et leur évolution dans le temps, avec le suivi de cette cohorte.

Nous disposons de ces données et nous les publions chaque année un tableau de bord de la santé.

Bernard Topuz

J'avais une petite remarque, aussi. Dans mon expérience pratique de PMI, on voit des enfants qui sont suivis en PMI, qui ont les 20 examens de santé, et qui sont convoqués au centre de santé de la CPAM. C'est un peu paradoxal... alors, cela doit rentrer dans des critères particuliers... je ne sais pas, précarité ou autres. Mais en même temps, ce que je constate, c'est que dans notre département, on a du mal à organiser de façon systématique le suivi des nouveau-nés à risque, des grands prématurés, etc., où là il y aurait vraiment besoin d'examen spécialisés de relance.

Et ce que je me pose comme question, c'est : où est l'espace régional qui permette de poser ces choses-là, de poser ces questions ? Entre institutions, notamment.

Catherine Guenot

Des centres d'examen de santé, il n'y en a que 2 sur Paris, en plus.

Un médecin conseil de Paris

J'aurais une réflexion peut-être plus qu'une question. Je voudrais me placer sur le plan d'une perspective plutôt historique et logistique.

On a parlé tout à l'heure de Yalta, 1945, la référence. À l'époque, la légitimité du médecin est totale. Qu'est-ce qu'on cherche, en 1945 ? À dépister, à faire des diagnostics de tuberculose, de silicose et de cachexie, et de dénutrition. On est passés de la cachexie à l'obésité.

Maintenant, quelle est la légitimité du médecin devant une obésité ? Est-ce qu'un médecin va faire mieux qu'une infirmière spécialement formée devant une obésité ?

Et encore là, on est en prévention secondaire ou tertiaire. En prévention primaire, il ne fait pas mieux, ça, il n'y a pas photo.

Alors c'est ça, le paradoxe : c'est que le temps médical est de plus en plus rare, de plus en plus cher, de plus en plus difficile à trouver, et pourtant on va encore charger la barque des médecins généralistes qui n'ont rien... qui comprennent bien sûr la nécessité de la prévention, mais s'il faut encore former des généralistes alors là, mais c'est effrayant ! Les études de médecine vont devoir durer 25 ans pour qu'un médecin généraliste soit lâché là, et de façon opérationnelle et pouvoir tout affronter.

Donc, il y a quand même un paradoxe assez troublant. Et je crois que le CETAF, finalement... je ne sais pas si vous l'avez fait exprès ou pas, mais cela me paraît quand

même intéressant comme démarche... de démedicaliser en basculant sur le côté réseau, social ou autres, faire intervenir les travailleurs sociaux, les infirmières... parce qu'on a quand même très peu prononcé le mot d'infirmières, aujourd'hui. Je sais qu'il y en a quelques-unes dans la salle, là-bas.

De toute façon, pour moi, c'est assez simple : dans 10 ans, la prévention primaire sera faite par les infirmières ou elle ne sera pas faite.

La salle

Pour les infirmières c'est comme pour les médecins, on a du mal à en trouver.

Bernard Topuz

Il n'y en a pas plus que les médecins, mais c'est tout de même un peu plus facile à former en 3-4 ans...

Pascale Coloron

Conseil général du Rhône, médecin territorial

Je suis un petit peu étonnée que, dans toute la prévention de la personne âgée, on ait très peu parlé des CLIC (Centres locaux d'accueil, d'information et de coordination gérontologique). On a beaucoup parlé du soin, de la prévention dans le soin, mais pas du tout de l'articulation avec les CLIC qui normalement doivent s'articuler avec les réseaux.

Alors, certes, les réseaux sont utiles dans certains domaines. Le CLIC va bien au-delà de la santé, il parle de projet de vie et on est vraiment dans une dimension de prévention de la santé. Donc, je suis très étonnée que vous n'en ayez pas parlé.

Et on se rend compte que, même chez l'enfant, peut-être c'est ça, c'est ce pilier-là qui manquerait aussi, c'est-à-dire d'aller au-delà de la prévention dans le domaine de la santé, parce que là, on a vraiment parlé de la prévention Santé, mais on sait bien que la prévention de la santé... comme on l'a dit tout à l'heure, il y a bien d'autres déterminants et notamment l'habitat, chez les personnes âgées, qu'il est intéressant de prendre en compte.

Je voulais juste rappeler qu'il existe des CLIC sur tout le territoire national, que c'est quand même un dispositif qui va s'étendre et qui se développe de façon importante, et qui articulera certainement le médico-social avec le sanitaire. Et je crois qu'il faut vraiment s'appuyer dessus pour qu'il soit opérationnel. Et il l'est déjà sur beaucoup de territoires.

Président de séance : Emmanuel Ricard

Et quelque part, le CLIC rend la fonction qui était soulignée par Vincent Pachabezian du diagnostic à domicile, du diagnostic partagé qui est fait autour de la personne âgée.

Pascale Coloron

Ceux-ci peuvent comprendre des ergothérapeutes, des infirmières, des médecins gériatres et puis, bien au-delà, l'habitat aussi qui est vraiment très important chez la personne âgée.

Catherine Guenot

Je peux peut-être répondre que les projets de recherche ou d'expérimentation qui sont conduits au sein du réseau des centres d'examen de santé posent toujours comme préalable déjà d'observer quels partenariats locaux existent, sont en place, sur lesquels on peut s'appuyer avant de mettre en place les projets.

Pour les projets, j'ai donné 2 exemples, mais on a d'autres exemples dans le domaine du vieillissement. Mais c'est vraiment ça : c'est s'appuyer sur les structures locales, parce que nous ne voyons les gens que tous les 5 ans ; au mieux, pour les publics précaires, peut-être tous les ans ; mais on ne voit les gens que tous les 5 ans. Donc, une fois qu'ils sont passés chez nous, il faut absolument que, derrière, il y ait des structures qui puissent prendre le relais.

Mais pour nous, notre obligation, c'est de toutes façons toujours *via* le médecin traitant. C'est une obligation. C'est le médecin traitant, c'est pour cela qu'on a un peu ironisé sur le terme de « pivot », mais pour nous, si ce n'est pas lui-même qui prend en charge la personne, c'est lui, qui devrait avoir en mains toute cette stratégie de prise en charge ou d'intervention auprès de la personne qui est passée dans un centre d'examen de santé.

Pascale Coloron

Simplement, l'avantage du CLIC, c'est que c'est aussi un observatoire. Il développe aussi des actions collectives. Donc, c'est fondamental, effectivement, qu'il soit impliqué. Et de toutes façons, de fait, c'est lui qui pilote l'action gérontologique. Donc, je trouve étonnant que dans tout ce qu'on a passé en revue sur la personne âgée, même avec la consultation de 70 ans, vous n'avez même pas évoqué ce nom.

Je pense que c'est un oubli, mais qui est un peu malheureux, parce que ce sont vraiment des structures, maintenant, sur lesquelles il faut s'appuyer.

Une collaboratrice du Professeur Piette

Je vais me permettre de vous donner une petite précision concernant la consultation de prévention des 70 ans. Dans son propos, Monsieur le Professeur Piette a évoqué l'idée de la rédaction d'un guide de ressources locales. Et, évidemment, dans ce guide de ressources locales, il y a une partie importante consacrée au CLIC et l'articulation avec le CLIC.

Si vous voulez, dans le cadre de cette consultation de prévention des 70 ans, en fait, c'est vraiment l'approche globale de la personne, puisque l'auto-questionnaire qui est destiné aux usagers s'articule autour de 2 parties : une, très importante, sur les modes de vie, quasiment aussi importante que celle sur le volet « État de santé ». Et on prend en compte aussi bien habitat, environnement, isolement, tout ce que vous voulez.

Et on a prévu, évidemment, par rapport à tous ces items, des articulations qui, avec les CCAS, qui avec les CLIC, qui avec les consultations de diététique, etc., pour chaque fois justement faire en sorte que les conseils et les recommandations donnés par le médecin traitant ou les prescriptions soient suivies d'effets.

Et justement, dans le document Médecin, on va sans doute prévoir aussi une colonne pour savoir s'il y a bien ce retour et ce suivi qui ont été réalisés.

Voilà mais Monsieur Piette n'a pas eu le temps de présenter tout cela, mais c'est quand même bien une approche globale, avec tous les relais. Et on y tient.

Président de séance : Emmanuel Ricard

On va clore le débat. Je vais donc appeler Marc Brodin qui va me succéder à la présidence de la séance suivante, ainsi que les deux intervenants qui sont Marcel Goldberg et Joël Ménard.

3^e SESSION :
Les autres dimensions
à prendre en compte

Présidence : Marc Brodin
Santé publique, Faculté Denis Diderot, Paris VII

3^e session : Les autres dimensions à prendre en compte

Président de séance : Marc Brodin

Au-delà de la promotion de la santé et du dépistage, « d'autres dimensions sont à prendre en compte ». Deux ténors vont intervenir en cette fin d'après-midi, le professeur Marcel Goldberg sur l'importance des conditions de travail, puis le professeur Joël Ménard sur les apports de l'histoire familiale. Le premier intervient sur les acquis de l'histoire professionnelle, et l'autre sur l'inné de l'histoire familiale.

PRENDRE EN COMPTE LES CONDITIONS DE TRAVAIL

Marcel Goldberg

Inserm Unité 687, Département Santé Travail, InVS

Je ne suis pas vraiment un grand connaisseur de la médecine générale et des conditions dans lesquelles elle s'exerce, j'ai donc essayé de réfléchir un peu...

Donc, la consultation de prévention, risques professionnels : pourquoi est-ce qu'il faudrait prendre en compte les conditions de travail dans cette consultation ? Et surtout, comment ?

CONSULTATION DE PRÉVENTION ET RISQUES PROFESSIONNELS

Pourquoi et comment prendre en compte les conditions de travail ?

*Marcel Goldberg
Inserm Unité 687 & Département Santé Travail - InVS*

Je vais commencer par un petit détour sur le pourquoi, dire quelques mots de l'impact sur la santé des conditions de travail et des expositions professionnelles, parce que s'il n'y avait pas de lien entre les deux, on se demanderait pourquoi il faudrait introduire cela.

Et puis j'essaierai ensuite de réfléchir avec vous à comment cela pourrait se faire. Je dis bien « réfléchir avec vous », parce que vraiment, je ne crois pas qu'il y ait beaucoup d'expériences dans ce domaine. Moi, je n'en ai pas, personnellement, mais je ne crois pas qu'il y en ait beaucoup dans ce pays, en tous les cas.

Quelques données sur les risques professionnels

Donc, quelques données sur les risques professionnels, quelques chiffres pour cadrer le débat : il y a eu pas mal de travaux qui ont été menés en France ces dernières années, notamment par le département Santé Travail de l'Institut de veille sanitaire, pour essayer d'estimer l'impact du travail, des conditions de travail sur la santé de la population.

Quelques chiffres, des fractions et des nombres attribuables de cas, par exemple.

Fractions et nombres de cas attribuables

- Cancer : FRA = 5-8 % (15-20 000 cas par an)
- Asthme : FRA = 5-15 %
- TMS – Syndrome du canal carpien
 - Femmes : FRA = 30 % ; 18-20 000 cas par an
 - Hommes : FRA = 45 % ; 9-10 000 cas par an

Pour les cancers, certainement 5 à 8 % de tous les cancers qui surviennent en France sont induits par des expositions à des produits cancérogènes en milieu de travail, ce qui représenterait certainement de 15 000 à 20 000 cas incidents chaque année, ce qui n'est quand même pas absolument négligeable, loin de là.

L'asthme, aussi, est un gros problème de santé au travail : 5 à 15 % de tous les asthmes sont induits par des expositions à des allergènes en milieu de travail.

Les troubles musculosquelettiques sont très largement induits par les conditions de travail... C'est un problème particulièrement préoccupant, même si c'est moins spectaculaire que les cancers. Des résultats très récents, qui viennent du réseau de surveillance des TMS des Pays de la Loire, montrent que pour le syndrome du canal carpien, par exemple, qui est un peu le TMS emblématique... environ 30 % de tous les syndromes du canal carpien qui surviennent chez les femmes sont d'origine professionnelle ; et chez les hommes, ce serait 45 % de tous ceux qui surviennent. Vous voyez, ce sont des chiffres vraiment impressionnants.

Pathologies diverses à forte composante professionnelle

- TMS
- Affections respiratoires
- Cancer
- Santé mentale
- Troubles cardiovasculaires
- Allergies
- Affections dermatologiques
- Troubles de l'audition

Globalement, les pathologies qui ont une forte composante professionnelle touchent à peu près tous les grands problèmes de santé, tous les grands appareils, toutes les grandes pathologies : les TMS que je viens de citer, les affections respiratoires, les cancers, mais aussi les problèmes de santé mentale. Je n'ai vraiment pas le temps de m'appesantir. Évidemment, les troubles cardiovasculaires, les allergies, la dermatologie, les problèmes d'audition, et j'en passe.

Nombre de décès d'origine professionnelle en France

	Nombre total	FRA	Nombre
Hommes	274 764	6.4	17 585
Femmes	262 695	1.0	2 627
Ensemble	537 459	3.7	19 886

Estimation 1999 – Source FRA : Nurminen & Karjalainen, 2001

Globalement, cela pèse d'un poids très lourd. Les chiffres que vous voyez ici : c'est le nombre de décès d'origine professionnelle en France. C'est une estimation extrêmement grossière, parce qu'elle vient d'une application purement mécanique de fractions attribuables qui ont été établies en Finlande. Il y a certainement des différences, mais pas si importantes que cela, malgré tout.

Et vous voyez que, quand on applique au nombre d'hommes et de femmes qui vivent en France les fractions attribuables de nombre de décès d'origine professionnelle, on arrive à des chiffres qui sont relativement importants. Ce serait environ 20 000 décès qui surviennent chaque année et qui pourraient être évités si les conditions de travail ou les expositions professionnelles n'étaient pas à l'origine de problèmes de santé importants.

Les conditions de travail

Enquête SUMER 2003

(Pourcentage de salariés exposés durant la dernière semaine de travail)

	Hommes	Femmes	Ensemble
Bruits nocifs (plus de 85 dBA ou chocs ou impulsions)	10	2	7
Manutention manuelle de charges plus de 10 h/semaine	16	10	13
Travail sur écran plus de 20 h/semaine	16	28	21
Position debout plus de 20 h/semaine	30	24	27
Travail posture pénible plus de 2h/semaine	25	17	21
Répétition geste cadence élevée plus de 10 h/semaine	9	10	10
Travail avec machines et outils vibrants	20	2	12
Exposé à au moins un produit chimique	44	29	37
Exposé à au moins trois produits chimiques	21	10	16
Exposé à des cancérogènes	20	4	14

Les conditions de travail, c'est quoi ? Là, c'est aussi quelques données très résumées, extraites de l'enquête SUMER. Je ne sais pas si beaucoup d'entre vous connaissent cette enquête. C'est une enquête qui est répétée régulièrement, qui est organisée par le ministère du Travail, la Dares et l'Inspection médicale du travail, et qui fait appel à des médecins du travail volontaires. Elle a été refaite en 2003 : environ 1 800 médecins du travail y ont participé et ont inclus un échantillon représentatif des salariés français d'environ 50 000 personnes. Là, ce sont vraiment des extraits. L'enquête est beaucoup plus détaillée que ce que je vais vous exposer.

Vous voyez que pour des problèmes quotidiens, de la vie quotidienne au travail, comme le bruit, la manutention de charges, le travail sur écran, les postures pénibles, l'exposition à des produits chimiques... Si vous regardez les pourcentages, dans la colonne de droite, vous voyez que ce sont toujours des pourcentages importants, si vous les rapportez à l'effectif d'environ 15 millions d'actifs salariés en France. C'est des centaines de milliers, des millions de personnes qui sont concernées quotidiennement par ce type de problème-là, qui ont des répercussions sur l'état de santé et qui sont des motifs de consultation explicites ou pas.

Les expositions à des cancérogènes

- ❑ SUMER 2003 : 2 370 000 salariés (13,5 %) exposés à des produits cancérogènes pendant la dernière semaine de travail
- ❑ Expositions vie entière
 - Amiante : 25 % des hommes exposés au moins une fois pendant leur vie professionnelle
 - Poussières de bois : 8 % des hommes exposés au moins une fois pendant leur vie professionnelle
 - Poussières de cuir : 2-3 % des femmes et des hommes exposés au moins une fois pendant leur vie professionnelle

Pour les cancérogènes, on a des données, aussi, venant toujours de l'enquête SUMER. L'enquête SUMER porte sur une semaine de travail, la dernière semaine travaillée. C'est donc une enquête transversale. Vous voyez que plus de 2 millions de personnes sont exposées, sinon quotidiennement, du moins hebdomadairement à des produits classés cancérogènes dans leur milieu de travail, la plupart du temps à des doses très, très faibles, bien sûr, mais c'est néanmoins un problème préoccupant.

Et quand on prend les expositions Vie entière, celles qui sont pertinentes en matière de cancer, puisque vous savez que le risque de cancer est lié à des doses qui se cumulent

tout au long de la vie. C'est vrai pour quasiment tous les facteurs cancérigènes. C'est vrai pour le tabac, mais c'est vrai aussi pour les cancérigènes professionnels. Vous voyez par exemple que 25 % de tous les hommes ont été exposés au moins 1 fois au cours d'un des métiers, un des épisodes professionnels de leur vie à de l'amiante ; les poussières de bois : 7-8 % de tous les hommes ont été exposés à la poussière de bois ; et les poussières de cuir, c'est 2 ou 3 %.

Encore une fois, ce sont des pourcentages qui sont importants, une fois qu'on les rapporte à l'effectif concerné.

Globalement...

- Poids très important : 2,6 à 3,8% du PNB
- Non équitable
- Contribue fortement aux inégalités de santé : le tiers des différences sociales de mortalité par cancer ; la moitié pour les cancers du poumon et de la vessie
- Méconnus et sous-estimés

Globalement, cela pèse d'un poids très, très important sur la santé des populations. L'Union européenne a estimé que cela pesait, tout compris – je ne rentre pas du tout dans le détail des calculs –, pour les pays industriels, entre 2,5 et 4 % du PNB. C'est ce que cela coûte à la société.

De plus, cela n'est pas équitable. Les conditions de travail délétères ne sont pas réparties aléatoirement dans la population. En termes de produits chimiques ou de contraintes physiques ou ergonomiques, ce sont avant tout les travailleurs manuels qui sont concernés.

Cela contribue donc fortement aux inégalités de santé. Dans certains domaines, par exemple, concernant les cancers... je cite souvent des exemples dans le domaine du cancer, parce que c'est certainement ce qui a été le plus étudié. On admet qu'environ 1/3 de toutes les différences sociales de mortalité par cancer sont dues à des expositions à des cancérigènes. Or, vous savez que ces inégalités sociales en matière de cancer sont extrêmement fortes, particulièrement chez nous. La France, de ce point de vue-là, est un très, très mauvais élève. Il y a un rapport de 1 à 3 dans le risque, à âge égal, de mourir d'un cancer entre les catégories extrêmes de l'éventail des catégories sociales.

C'est important pour le cancer du poumon et de la vessie qui sont des cibles vraiment de beaucoup de cancérogènes de l'environnement. La moitié environ de ces différences sociales qui sont, encore une fois, très fortes, disparaîtrait, si j'ose dire, s'il n'y avait pas ces expositions professionnelles. Et c'est très méconnu et très sous-estimé. Je pense que beaucoup de gens ne le savent pas, y compris parmi les professionnels de la santé en général, parmi les professionnels de la santé publique non plus. On les oublie assez fréquemment. Quand on organise des états généraux de la santé, c'est au dernier moment, quand quelqu'un vient râler parce que le programme est déjà fait, que l'on s'aperçoit que l'on a complètement oublié d'en parler. Cela change un peu, mais néanmoins cela reste quand même quelque chose qui est relativement méconnu.

Tout cela était un petit détour pour dire : finalement, oui, certainement que ça vaut le coup, dans une optique de prévention, une politique de prévention, de prendre cela en compte.

Quelle place pour la médecine générale ?

Mais alors – puisque c'est cela dont il s'agit aujourd'hui – quelle place pour la médecine générale ?

Pour faire quoi ?

- Prévention
- Dépistage en période d'activité professionnelle

Mais aussi

- Suivi post-professionnel
- Réparation
- Surveillance et veille sanitaire

Pour faire quoi, d'abord ? J'ai essayé d'aller un peu au-delà de la consultation de prévention parce que, au fond, c'est plutôt ce que peut faire un généraliste et ce n'est pas forcément que de la prévention. C'est de la prévention sans doute. C'est aussi du dépistage précoce, du suivi postprofessionnel, de la réparation et de la veille sanitaire.

Prévention

« Adapter le travail à l'homme »

- Nécessite de :
 - Connaître l'état de santé des sujets
 - Connaître ses conditions de travail et ses expositions
 - Pouvoir agir sur elles
- Le généraliste n'est pas très bien placé
 - Manque de formation adéquate concernant le travail
 - Pas d'accès à l'entreprise
 - Problèmes déontologiques pour informer le médecin du travail sur l'état de santé du patient
- Un outil : l'arrêt de travail pour soustraire aux risques

La prévention, vous le savez tous, bien sûr, consiste à ce que les gens ne soient pas dans des conditions qui les amèneront à développer des maladies. Dans le domaine du travail, cela consiste à adapter le travail à l'homme, à faire en sorte que les gens ne deviennent pas malades du fait de leur travail.

Pour pouvoir faire cela, pour pouvoir faire de la prévention des risques professionnels il faut : connaître l'état de santé des sujets ; connaître ses conditions de travail ; connaître ses expositions professionnelles ; pouvoir agir sur ces conditions de travail et ces expositions professionnelles.

Le généraliste n'est pas très bien placé, me semble-t-il. Mais encore une fois, je suis tout à fait prêt à en discuter avec qui voudra. Mais il me semble que, d'abord sa formation fait que, finalement, il connaît mal le travail. Il ne connaît pas, il n'a pas de formation particulière. Les cours... bon, cela a certainement beaucoup, beaucoup changé depuis que je ne suis plus étudiant en médecine, mais enfin néanmoins je ne crois pas qu'il y ait un très fort poids qui soit mis dans la formation des médecins généralistes sur ce qu'est le travail, les conditions de travail au sens large.

Il n'a pas accès à l'entreprise, pas du tout. Donc, modifier les conditions de travail, ce n'est pas forcément évident... enfin, on ne voit pas très bien comment, par quel biais, par quel canal cela passerait.

Et puis il y a des problèmes sur lesquels on reviendra peut-être dans la discussion, mais qui sont difficiles et compliqués, des problèmes de nature déontologique et peut-être même, aussi, légale, concernant les échanges d'information sur l'état de santé entre un médecin généraliste et le médecin du travail. Ce n'est pas évident. Si vous voulez, on y reviendra. Mais on voit mal un généraliste téléphoner à un médecin du travail pour lui dire : « Vous savez, ce patient, qui est un travailleur que vous surveillez, a telle ou telle maladie ». Vous voyez bien les problèmes que cela peut poser, de toute nature.

Il y a un outil, quand même, qui est l'arrêt de travail. Je sais bien qu'il est très vilipendé à la CNAM... que c'est un problème que l'on se pose beaucoup, par ailleurs. Néanmoins, c'est peut-être un outil, et ça l'est, c'est utilisé comme cela clairement, je crois. Je dis « clairement » : il me semble, intuitivement. Je ne suis pas sûr qu'il y ait beaucoup d'études qui documentent véritablement cela, mais l'arrêt de travail peut être un outil pour soustraire quelqu'un à des risques.

Dépistage en période d'activité professionnelle

Dépister les problèmes de santé d'origine professionnelle

- Nécessite de :
 - Connaître les conditions de travail et les expositions des patients
 - Connaître la pathologie professionnelle

- Le généraliste n'est pas très bien placé
 - Manque de formation adéquate concernant le travail
 - Manque de formation adéquate concernant la pathologie professionnelle
 - Problèmes déontologiques pour informer le médecin du travail sur l'état de santé du patient

Pour ce qui concerne le dépistage et pour des raisons que je vais expliquer dans un instant, j'ai fait 2 tas un peu différents : le dépistage pendant la période d'activité professionnelle et le dépistage au-delà de l'activité professionnelle, après, quand les

gens sont en retraite. La réparation, aussi : c'est-à-dire la prise en charge au titre des maladies professionnelles, pour des gens qui souffrent d'une maladie professionnelle. Et puis la surveillance, aussi, la veille sanitaire. Je vais essayer de dire quelques mots de chacun.

Le dépistage en période d'activité professionnelle : cela consisterait à dépister des problèmes de santé qui sont d'origine professionnelle. Là aussi, cela nécessite de connaître les conditions de travail et les expositions professionnelles, forcément.

Et puis cela nécessite un minimum de connaissances académiques, de connaissances médicales sur les pathologies d'origine professionnelle. Beaucoup de pathologies professionnelles, en fait, n'ont rien de spécifique. Un asthme induit par l'exposition à la farine ressemble comme deux gouttes d'eau à un asthme d'autre origine, cliniquement, physiopathologiquement, biologiquement. Et c'est vrai pour pratiquement tout.

Et là non plus, je ne pense pas que le généraliste soit particulièrement bien placé ; dans l'état actuel des choses, bien sûr.

Encore une fois, je redis un peu la même chose : il n'a pas vraiment la formation adéquate concernant la connaissance du travail et des expositions qui peuvent induire des problèmes de santé. Il n'a pas de formation sur la pathologie professionnelle proprement dite, sur la composante professionnelle des maladies qu'il traite. Et puis il y a, encore une fois, ces mêmes problèmes déontologiques que j'évoquais tout à l'heure, qui sont de la même nature qu'il s'agisse de prévention ou de dépistage.

Suivi post-professionnel

Suivi médical des pathologies différées d'origine professionnelle et aide à la réparation

- Réglementation spécifique pour cancérogènes (RGSS)
- Nécessite de :
 - Connaître les expositions des patients
 - Connaître la pathologie professionnelle
 - Connaître la réglementation indemnitaire
- Le généraliste est bien placé
 - Il connaît le patient
 - Il assure le suivi au long cours de son état de santé
 - Les textes l'autorisent à réaliser le SPP

Le suivi post-professionnel, c'est un peu particulier. Je ne suis pas absolument certain que tout le monde connaisse bien cela.

Beaucoup de pathologies susceptibles d'être provoquées par des expositions en milieu de travail ou des conditions de travail pendant la vie professionnelle se développent en fait – soit commencent, soit s'amplifient – tard dans la vie, c'est-à-dire en général lorsque les gens ne sont plus au travail.

Là, on pourrait discuter très longuement, mais je vais prendre uniquement un exemple qui est bien connu maintenant. Il y a une réglementation spécifique pour les cancérogènes. Il existe, du moins pour les salariés du régime général, un dispositif qui s'appelle le suivi médical post-professionnel, qui est pris en charge, au plan financier, par la sécurité sociale, et qui est ouvert à des personnes qui ont été exposées à des produits cancérogènes pendant leur vie professionnelle. Et dans la mesure où les cancers se développent à distance, et la plupart du temps après la retraite, le législateur a donc prévu ce dispositif.

Il est encore extrêmement peu appliqué. Il y a des expériences en cours. Je ne sais pas si cela a été évoqué, je suis arrivé un peu en retard. Il y en a effectivement qui se font avec les Centres d'examen de santé. Mais il y en a aussi chez les artisans parce que la plupart du temps, les gens ne savent pas qu'ils ont été exposés pendant leur vie professionnelle, à de l'amiante, par exemple. La majorité des gens qui ont été exposés ne le savent pas. Donc, il faut des dispositifs pour les identifier.

Enfin, cela nécessite de connaître les expositions des patients, cela nécessite de connaître encore la pathologie, et cela nécessite de connaître un minimum la réglementation indemnitaire.

Je pense que beaucoup de généralistes ou de médecins soignants en général, de spécialistes ne savent pas que ce dispositif existe.

Là, il me semble que le généraliste n'est quand même pas mal placé... Enfin, il est potentiellement, en tous les cas, pas mal placé pour intervenir dans ce suivi post-professionnel, parce qu'il connaît le patient, il assure le suivi, et notamment avec le dispositif de médecin traitant, il doit assurer au long cours le suivi de son état de santé. Et les textes l'autorisent à être l'opérateur du suivi post-professionnel. Si vous voulez, on pourra revenir dessus, mais cela pourrait être un « créneau », entre guillemets... d'ailleurs, il y a une expérimentation en cours avec la CANAM auprès des artisans, qui se fait avec le Département de Santé Travail de l'InVS, et c'est le généraliste qui *de facto* prend en charge ce suivi, dans cette expérimentation.

Réparation

Aider le patient (ou ayants droit) à obtenir une indemnisation au titre des maladies professionnelles

- Nécessite de :
 - Connaître les conditions de travail et les expositions des patients
 - Connaître la pathologie professionnelle
 - Connaître la réglementation indemnitaire

- Le généraliste est assez bien placé
 - Il connaît la pathologie du patient (souvent mieux que le médecin du travail)
 - La liste des maladies ouvrant droit à indemnisation est restreinte
 - Ce qu'il a à connaître de la réglementation est assez simple
 - Pas de contact nécessaire avec l'employeur

La réparation, c'est-à-dire la prise en charge au titre des maladies professionnelles : là aussi, on a des données qui sont très, très mauvaises en France. Il y a eu beaucoup de rapports : la Cour des comptes, l'IGAS, tout le monde s'y est mis. L'indemnisation au titre des maladies professionnelles est très peu faite, beaucoup de cas échappent. Beaucoup de gens sont pris en charge au titre de l'assurance maladie, alors qu'en fait ils pourraient relever de la maladie professionnelle, par défaut de déclaration, et en grande partie parce que c'est le médecin traitant qui doit faire le certificat initial, qui déclenche la demande d'indemnisation. Et en fait, c'est très peu le cas.

Là non plus, je n'ai pas du tout le temps de m'étendre, mais on a de bonnes données là-dessus, sur pas mal de choses qui montrent que, globalement, c'est très mal fait. Par exemple, on estime qu'il y a environ 800 à 1 200 cas de cancer de la vessie d'origine professionnelle par an en France. Au dernier recensement, il y en a eu 7 ou 9, je crois, qui ont été indemnisés au titre des maladies professionnelles pour toute la France. Donc visiblement, une ignorance absolue du dispositif. C'est moins mauvais pour l'amiante et pour les poussières de bois, mais globalement c'est très mauvais.

Et là, le généraliste aurait vraiment un rôle très, très important, parce que les textes lui confient... bon, c'est le patient qui doit faire la demande, mais sur la base d'un certificat initial donné par son médecin. Mais là aussi, il faut connaître quand même les conditions de travail, les expositions, connaître la pathologie et connaître la réglementation indemnitaire ce qui, encore une fois, n'est pas souvent le cas.

Alors que là aussi, je pense que le généraliste, normalement, est bien placé, parce qu'il connaît la pathologie du patient, en tous les cas, beaucoup mieux que le médecin du travail, la plupart du temps, quand les choses arrivent. Et ce n'est pas si compliqué, la liste des maladies qui ouvrent droit à indemnisation n'est pas immense. Ce qu'il doit connaître de la réglementation n'est pas très compliqué. Il faut qu'il ait à sa disposition les formulaires CERFA qu'il faut. Ils ne sont pas très compliqués à remplir. Et il n'y a pas de contact nécessaire avec l'employeur, cela se passe tout à fait entre la sécurité sociale et le médecin, donc cela pourrait être beaucoup mieux fait, semble-t-il.

Surveillance et veille sanitaire

Contribuer à connaître l'impact du travail sur la santé et à identifier des problèmes émergents

- Nécessite de :
 - Connaître au moins la profession de ses patients
 - Participer à des réseaux *ad hoc*

- Le généraliste est bien placé
 - Il connaît le patient
 - Il connaît la pathologie du patient

Dernier point où je pense que le généraliste pourrait contribuer, c'est la surveillance, la veille sanitaire, c'est-à-dire contribuer à connaître l'impact du travail sur la santé des populations, identifier les problèmes émergents. Il faut connaître au moins la profession de ses patients. Et je dois dire que quand on travaille dans ce domaine-là et que l'on accède à des dossiers médicaux, que ce soit en médecine de ville ou en médecine hospitalière, on a véritablement l'impression que le médecin ignore tout, absolument tout de la vie des patients. Globalement, la profession n'est pas mentionnée dans le dossier médical. Je pense bien sûr que ce n'est pas vrai, je pense que le médecin, en fait qui suit un patient sait ce qu'il fait comme boulot. Mais cela lui semble tellement peu important, que ce n'est même pas noté dans le dossier, dans l'immense majorité des cas. Donc là, il y a véritablement un problème.

Et puis il faut participer à des réseaux. Cela ne se fait pas tout seul, la veille sanitaire, comme vous pouvez l'imaginer. Et pourtant, là, le généraliste, à mon avis, pourrait être très, très bien placé.

Quelques difficultés à surmonter...

- De nature technique et méthodologique
- De nature organisationnelle
- Politique de santé publique

Je pense que réellement la médecine... disons, la médecine de soins en général, et la médecine générale en particulier, peut vraiment contribuer à améliorer la situation actuelle. Il y a un certain nombre de difficultés à surmonter pour cela, qui sont de nature technique, méthodologique, organisationnelle, et qui tiennent à la politique de santé publique.

Formation

- Concernant :
 - le travail
 - la pathologie professionnelle
 - la réglementation indemnitaire

Mais

- Besoins
 - assez ciblés
 - connaissances relativement limitées

Il y a un problème de formation, je l'ai dit à plusieurs reprises, en ce qui concerne le travail, la pathologie professionnelle et la réglementation indemnitaire. Mais en fait, je pense que, si on réfléchit bien... oui, j'ai entendu tout à l'heure, et c'est vrai, que l'on a un peu le vertige devant tout ce que le médecin devrait savoir dans tous les domaines. Je pense que c'est un vrai problème qui mériterait réflexion. Je pense quand même que ce qu'il faut savoir pour intervenir de façon un peu efficace, pour

peu qu'on le fasse dans un cadre bien organisé, ce n'est peut-être pas quand même si lourd que cela, que les besoins sont relativement ciblés et que les connaissances qui sont véritablement utiles sur le plan opérationnel, sont relativement limitées.

Aspects organisationnels

- Nécessité d'une coordination
 - Au sein de la médecine générale
 - Avec la médecine du travail (salariés)
- Liaison avec le Dossier médical personnel
- Problème particulier de l'interdiction d'échange d'informations médicales personnelles avec la médecine du travail
 - réflexion déontologique approfondie
 - transformation de la médecine du travail en service public ?

Il y a des aspects organisationnels, parce que tout cela se coordonne, ne se fait pas sauvagement. Il faudrait que cela se coordonne au sein de la médecine générale, que cela se coordonne avec la médecine du travail, au moins pour ce qui concerne les salariés qui sont couverts par la médecine du travail. Il y a certainement un lien à envisager avec le dossier médical personnel, quand il se développera. Je ne crois pas du tout que quelqu'un ait émis la moindre réflexion sur le contenu en termes de conditions de travail du dossier médical personnel, à ma connaissance. En tout cas, je n'en ai jamais entendu parler.

Et puis je reviens un peu sur ce problème particulier de l'interdiction d'échange d'informations médicales personnelles avec la médecine du travail, qui est un problème complexe. Je crois que cela mériterait vraiment une réflexion importante et peut-être aussi, dans l'état actuel des choses, réfléchir peut-être à ce qu'est la médecine du travail.

Beaucoup de médecins du travail auraient souhaité que l'organisation actuelle de la médecine du travail où le médecin du travail est employé, soit directement, soit indirectement de l'employeur – c'est-à-dire qu'il n'est pas dans une situation véritablement neutre – en fait, devienne un véritable service public ce qui, je pense, faciliterait beaucoup les choses, en termes de coordination, entre la médecine de ville et la médecine du travail.

Politique de santé publique

Une politique de santé publique efficace ne se réduit pas à la pratique isolée et spontanée d'actes considérés comme utiles

- Nécessité de programmes (prévention, dépistage, SPP, surveillance...)
 - planifiés
 - objectifs explicites et quantifiés
 - protocoles standardisés (questionnement, examens complémentaires...)
 - contrôlés tout au long de leur réalisation
 - évalués en permanence
- Nécessité de « sanctions » en cas de non respect des protocoles

Politique de santé publique : ce n'est pas ici, ce n'est pas dans un contexte d'un séminaire organisé par la Société française de santé publique que je... mais si, je vais quand même le faire, me permettre de rappeler qu'une politique de santé efficace ne se réduit pas à la pratique isolée, spontanée d'actes. Même s'ils sont considérés comme utiles. Il faut des programmes. Un des progrès majeurs, à mon sens, de ces dernières décennies a été que, pour les grandes campagnes de dépistage, on les organise, qu'on passe du simple fait qu'un médecin prescrit une mammographie ou un Hemocult, à des programmes véritablement organisés, planifiés, avec des objectifs précis, quantifiés, des protocoles standardisés, contrôlés tout au long, évalués, etc.

Or là, si on se lance dans de la prévention... et ce que je dis ne s'applique pas uniquement aux problèmes des conditions de travail. En général, si on se lance en disant : « Le médecin généraliste va faire de la prévention, il y aura une consultation de prévention. », si ça ne dépasse pas cela, l'échec est absolument, absolument garanti. On le sait tous, ici.

Et puis peut-être aussi, quand même, prévoir des sanctions, pour ceux qui ne font pas, ceux qui prennent un C, mais qui ne font pas le boulot. Peut-être que là aussi, il faut aller jusque-là.

Qui peut coordonner une politique de prévention ?

Qui peut coordonner une politique de santé publique dans ce domaine ?

- Dualité ministères et de l'administration déconcentrée : Travail, Santé

- Tout le système de santé au travail est hors champ de la santé publique
 - Prévention, réparation : employeurs, partenaires sociaux
 - Réglementation, contrôle : ministère chargé du travail
 - Branche quasi autonome de la Sécurité sociale
 - Seule exception : surveillance épidémiologique (DST-InVS)

Absence d'intégration de la santé au travail dans la santé publique

On est dans une situation, concernant les problèmes de santé au travail, qui est bien connue des gens qui y travaillent, mais peut-être moins bien perçue par les gens qui ne sont pas dedans. En fait, on vit dans un monde un tout petit peu schizo-phrène de ce point de vue-là, c'est qu'il y a 2 ministères, en fait, qui seraient censés s'occuper de cela : le ministère du Travail et le ministère de la Santé. En réalité, tout ce qui concerne la santé au travail est sous la tutelle unique du ministère du Travail. Le ministère de la Santé n'a absolument pas son mot à dire, d'aucune façon, ni dans la réglementation, ni dans rien du tout, ni dans la tutelle, ni dans le contrôle.

Cela pose beaucoup de problèmes, je crois, et notamment pour tout ce qu'on vient de voir, que tout le système de santé au travail soit en dehors du champ de la santé publique, et il y ait une absence complète d'intégration de la santé au travail dans la santé publique. Je ne vais pas détailler, parce que j'ai fait déjà été long. La seule exception, à ma connaissance, c'est l'existence d'un département Santé Travail au sein de l'Institut de veille sanitaire qui est, lui, sous la tutelle du ministère de la Santé. Cela a été d'ailleurs assez mal perçu, au moment de la création, par ceux de l'autre ministère.

*
**

LA CONSULTATION DE PRÉVENTION FAMILIALE

Pr Joël Ménard

Laboratoire SPIM, Faculté de médecine René Descartes

Je voudrais d'emblée insister sur le fait que je suis parfaitement au courant, et je l'ai écrit de multiples fois dans le rapport, que je ne propose pas quelque chose dont je sois sûr, et qui soit démontré. Je crois simplement profondément qu'un pays ne peut pas vivre sur des panels d'experts alimentant des synthèses du passé. Nous avons encore le droit d'avoir des idées, et de faire des propositions. S'il n'y a plus d'idées et s'il n'y a plus de proposition, il n'y aura pas de progrès. J'ai donc essayé de proposer quelque chose qui soit original, qui ait des chances d'être efficace et que l'on puisse tester. Il faut bien comprendre comment s'est construite cette proposition. Les travaux de recherche ont montré que la construction des arbres généalogiques faite de manière relativement scientifique peut apporter des connaissances nouvelles sur le risque familial de beaucoup de maladies. L'énorme intérêt de parler de risque familial est qu'il met en jeu trois paramètres à la fois :

- 1) la génétique ;
- 2) l'environnement ;
- 3) les comportements.

En lisant la littérature, je me suis rendu compte que jamais, dans les conditions de la pratique médicale, la certitude sur les antécédents familiaux pouvait être obtenue par l'anamnèse. On vient de parler aujourd'hui de la mort de Charly Gaul par embolie pulmonaire. Peut-on imaginer que dans dix ans, on retracerait la cause du décès de Charly Gaul pour sa famille ? Sous le mot embolie pulmonaire, la véritable question est de savoir s'il s'agit d'une thrombose veineuse qui aurait été facilitée par une anomalie génétique, par un cancer, ou, encore plus grave, si le terme « d'embolie pulmonaire » marqué dans le certificat de décès et dans les journaux ne correspondait pas à une dissection de l'aorte ou à un infarctus myocardique. J'ai conclu en travaillant que l'approche rétrospective était impossible et dangereuse. Je me suis donc tourné vers une approche prospective.

Comme dans tous les programmes de dépistage, il faut repérer des sujets à haut risque. Sur la base des données de la littérature un certain nombre de maladies augmentent le risque familial de la maladie, d'un facteur faible, compris entre 1,5 ou 4 (en dehors des rares maladies monogéniques). Cette augmentation familiale du risque de maladie est donc la base du raisonnement. Le marqueur devient, dès lors, la survenue à un âge trop précoce de certaines maladies. J'ai regardé très soigneusement toutes les admissions à la longue durée (ALD) telles qu'elles sont magnifiquement présentées sur le site AMELI.fr de l'Assurance Maladie. Je suis arrivé à la conclusion que l'on pouvait construire trois systèmes différents.

- Le premier basé sur l'ALD 30 et qui, me semble-t-il, a des avantages pratiques pour la construction du système, puisque le support administratif est déjà présent ;
- le PMSI, si l'on veut partir des hospitalisations ;
- et cela ne me semble pas possible en pratique, les certificats de décès.

Je crois donc que si une femme de 40 ans fait un infarctus du myocarde, il est normal d'offrir une consultation approfondie à son mari, à ses enfants, à ses frères, à ses sœurs et à ses parents, s'ils sont encore en vie. C'est le nuage maximal de personnes que l'on peut ainsi envisager. Dans des textes que pour le moment j'ai gardés pour moi, j'ai essayé d'imaginer dans une étude pilote quelles seraient les différentes questions auxquelles il faudrait répondre successivement, et je pense qu'un tel système pourrait marcher. Je crois qu'il devrait être implanté à l'échelon d'une région. Si je prends l'endroit où je vais aller en retraite, si je survis, la Loire-Atlantique, à l'aide de deux ou trois médecins et de quelques infirmières, pendant un intervalle de temps de deux ans, l'objectif serait de tester cette consultation particulière afin d'en mesurer les différents indices de faisabilité et d'efficacité. Encore mieux peut-être, et je le dis avec beaucoup de prudence, s'il existait au niveau de la Loire-Atlantique un Centre d'Examens Systématiques, il ne serait pas impossible, à condition de mettre en place une très bonne interaction avec le médecin traitant, que ce centre puisse accueillir cette consultation. Cette étude pilote devrait prendre bien sûr en charge les frais de déplacement des patients mais les critères de mesure de la rentabilité de cette approche seraient possibles à mesurer.

Quels sont donc les problèmes ?

- La volonté. Ai-je moi-même la volonté de pousser l'idée jusqu'au bout ? À travers tout ce que j'ai appris dans ma vie, s'il n'y a pas un leader qui s'implique totalement dans un problème pendant quelques temps, rien n'avance. En ai-je la volonté ? En ai-je encore le temps ?
- Avoir la possibilité de mettre en application les idées que l'on inspire. J'ai toujours eu l'impression qu'avec beaucoup de gentillesse lorsque je fais des propositions de ce style, les personnes que je rencontre à un haut niveau m'écoutent avec sympathie, voire même avec une certaine forme de respect. Simplement, rien ne suit. Rien ne m'a jamais été proposé, alors que j'ai travaillé pendant plusieurs mois à la demande de William Dab et que j'ai remis cette idée de consultation familiale en janvier 2005.

Je crois savoir dans le détail comment il faudrait faire pour tester cette idée. J'y crois au moins autant que ce que je croyais en matière d'hypertension artérielle en 1967. J'ai vu distribuer, par des projets de recherche nuls, à des syndicats professionnels plus ou moins pervers, des millions d'euros depuis 1998. Cette vision de la société ne contribue certainement pas aujourd'hui à me donner l'envie de m'impliquer sur un combat qui, s'il n'est pas fortement soutenu, est perdu d'avance.

Les examens sanitaires périodiques

On conçoit malaisément que la révision périodique d'un ascenseur ou d'une automobile soit considérée comme indispensable pour éviter un accident et que « l'homme » ne soit pas soumis à une vérification analogue. Il est surprenant que cette précaution élémentaire ait été négligée.

La seule explication qu'on puisse donner est l'insuffisance des moyens d'investigation médicale, pendant longtemps trop imparfaits pour déceler des lésions profondes ou minimes, et la pénurie des procédés thérapeutiques d'ordre préventif.

G. SCHREIBER
La médecine préventive usuelle
Masson Ed. 1928, p 347

La prévention des risques ou les risques de la prévention ?

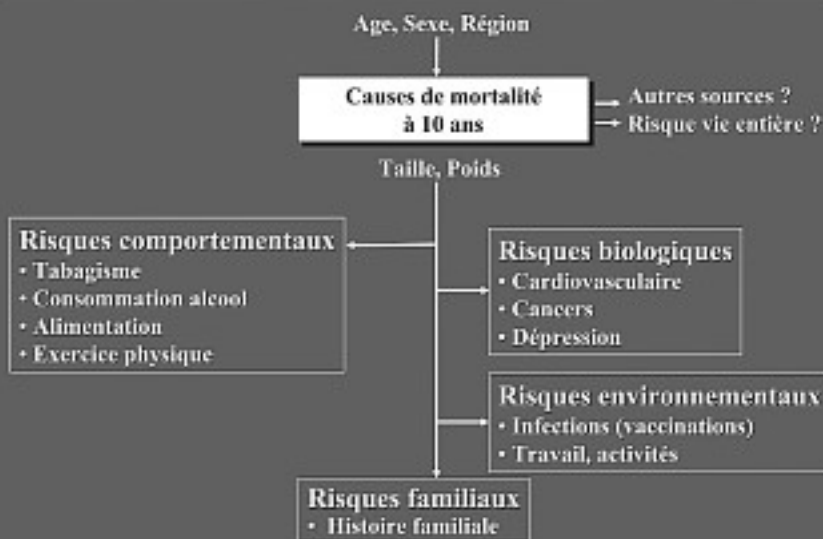
Le contact périodique avec le système de soins n'est qu'une toute petite partie de la prévention, beaucoup mieux définie comme « un effort collectif de promotion, de préservation et de restauration de la santé ». C'est une forme périlleuse de médecine basée sur un calcul de risque.

David Sackett : « The arrogance of preventive medicine »
CMAJ 2002, 167:363-364

Les obstacles à la consultation de prévention

Obstacles exprimés	Obstacles observés
<p>1) <u>Dus aux usagers</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de motivation - Pas de médecin traitant - Confiance excessive dans des tests - Certains groupes hors de portée 	<p>1) Un seul outil d'intervention: la transmission d'un savoir</p> <p>2) Désorganisation des activités</p>
<p>2) <u>Dus à l'organisation des médecins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Temps insuffisant - Dérangements incessants - Compensation financière - Pas d'appui de voisinage 	<p>3) Absence d'auto-critique sur des croyances</p> <p>4) Existence d'<i>a priori</i> dominants</p> <p>5) Mauvaise communication</p>
<p>3) <u>Dus aux recommandations</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Définition des personnes à risques - Périodicité des interventions <ul style="list-style-type: none"> • complexe • non coordonnée - Recommandations inacceptables - Recommandations contradictoires 	
<p>4) <u>Dus aux médecins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de motivation sur le conseil - Contradictions et multiplicité des messages reçus 	

Consultation de prévention : individualisation et hiérarchisation des risques pour la santé




CDC Home Search Health Topics A-Z

Genomics and Disease Prevention

Home Training Funding Links Search Genomics

Family History as a Tool for Public Health and Preventive Medicine: A Public Health Perspective



Welcome to the Public Health Perspective Series, the Office of Genomics and Disease Prevention's highlights page. Common chronic diseases such as cardiovascular disease, cancer, and diabetes are health problems that affect large proportions of the U.S. population and are among the most common causes of death. A positive family history has long been recognized as a risk factor for many of these conditions. This familial clustering reflects the contributions of shared genes, common behaviors, and shared environments.

Can identifying families that have aggregations of chronic diseases be used to improve the health of at-risk family members, and also of the population as a whole? Might this well-established observation be used as a tool for risk assessment, health promotion, and disease prevention? This Public Health Perspective captures information and resources for public health professionals about the potential for using family history as a tool for improving health and preventing or delaying the onset of common, chronic diseases.

Medical Family Trees Increasingly Valuable
 "Deena Finkel, coordinator of the Cancer genetics program at New York–Presbyterian Hospital, Columbia campus, told, 'The family tree has become the most important genetic tool of all. The more you know, the more tools you have to practice preventive medicine.'"
 Washington Post
 February 26, 2002

"Genes draw your road map, but you still chart your course..."
 And a genetic predisposition is just that: it is not destiny but, rather, a tendency that can be encouraged or discouraged to express itself by how we live our lives."
 Jane E. Brady
 New York Times
 February 21, 2002

Public Health Perspective Menu

The Public Health Perspective	Medical Family History Program
The Public Health Initiative	Ethical Issues and Family History
Case Studies	Family History Resources on the Web
Family History as a Tool for Public Health and Preventive Medicine Workshops	Family History in Public Health and Preventive Medicine
Publications and Family History Meeting Decisions	Reader's Forum

http://www.cdc.gov/genomics/diseaseprevention/publications/1106120200144010

Risque relatif d'antécédents familiaux pour différentes maladies concernées par une ALD

Maladies cardiovasculaires (AVC = 2393, MC = 4157, AMI = 1600, HTAs = 3839)	OR = 2,0 (1 antécédent, 1 ^{er} degré) OR = 5,4 (2 antécédents, 1 ^{er} degré, à moins de 55 ans)
Cancer du sein (N = 5938)	RR = 2,1 (1 antécédent, 1 ^{er} degré) RR = 3,9 (3 antécédents, 1 ^{er} degré)
Cancer colo-rectal (N = 917)	OR = 1,7 (1 antécédent, 1 ^{er} degré) OR = 4,9 (2 antécédents, 1 ^{er} degré)
Cancer de la prostate (N = 27)	RR = 3,2 (1 antécédent, 1 ^{er} degré) RR = 11 (3 antécédents, 1 ^{er} degré)
Mélanome (N = 994)	OR = 2,7 (1 antécédent ou plus, 1 ^{er} degré) OR = 4,3 (1 antécédent, 1 ^{er} degré)
Diabète de type 2 (N = 14296)	RR = 2,4 (mère) RR = 4 (antécédents paternel et maternel)
Cancer du Poumon (N = 899) <i>Taïlagisme</i>	RR = 3,48 (parents) RR = 3,30 (enfants) RR = 1,94 (parents) RR = 1,42 (enfants)

Histoire familiale d'hypertension artérielle et maladies cardiovasculaires (ARTEMIS 1990)

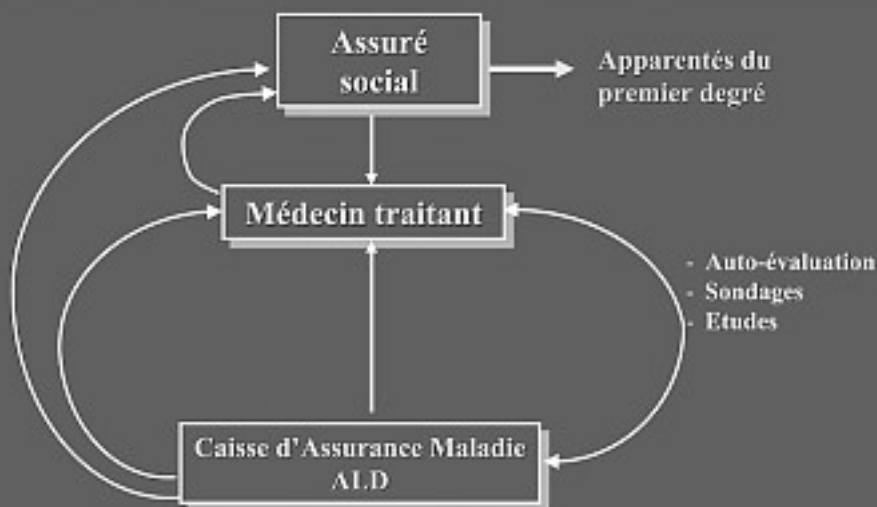
	Mère ou père	Mère ou père et frère ou sœur	Pas d'histoire familiale d'HTA
Nombre (%)	1910 (29 %)	845 (13 %)	3830 (58 %)
Décès cardiovasculaire (%)			
Père	23,1	30,3	16,5
Mère	17,8	25,3	9,7
Accident coronarien (%)			
Père	10,2	11,9	6,3
Mère	7,2	8,0	2,7
Accident vasculaire cérébral (%)			
Père	8,9	9,5	2,8
Mère	7,8	10,6	1,7

La validation des questions sur les antécédents familiaux

	Mortalité, morbidité, facteurs de risque : certificats de décès, autopsies, hospitalisations, accès direct à la famille	
	positif	négatif
Interrogatoire : réponse positive		
Interrogatoire : réponse négative		

J. Ménard, Juin 2006

La Consultation de Prévention Familiale



J. Ménard, Juin 2006

J. Ménard,
SPIM, Juin 2006

**

Président de séance : Marc Brodin

C'est maintenant à vous les auditeurs de prendre la parole... N'hésitez pas à interpellier le Professeur Joël Ménard ou à formuler des commentaires.

Pour J. Ménard : Je me demande si cibler sur des personnes avec un risque fondé sur un antécédent familial, n'expose pas à ne couvrir qu'une population relativement restreinte, « une toute petite cible », par rapport à la réalité des risques diffus qui pourraient être mieux couverts.

Pour J. Ménard : Pour le décideur public, cela ne va pas être facile de choisir entre les différentes approches familiales, ciblées, holistiques, globales, à la carte sur quelques facteurs de risque, etc. Est-ce qu'il y a des arguments pour penser que cette approche familiale – dont la démonstration que vous venez de faire, est extrêmement convaincante, évidemment – est la bonne ? ...

Pour J. Ménard : Pour la consultation de risque familial, nous sommes là dans un cadre analogue aux campagnes de dépistage du cancer du côlon. Systématiquement tous les patients, avant de les inclure dans la campagne, sont questionnés sur leurs antécédents familiaux. Et alors, dans ce qu'on nous a demandé de rechercher, ce sont les antécédents familiaux à moins de 65 ans. Il est question de ramener à 60 ans, l'âge inférieur des cas familiaux. Quel est l'âge seuil ?

Les questions posées au Professeur Joël Ménard appellent les précisions suivantes :

Joël Ménard

À travers les questions très intéressantes que vous avez posées, je vais répondre en même temps à d'autres questions formulées le matin, qui rejoignent ce que vous avez dit, les uns et les autres.

Vous avez dit : « C'est une toute petite cible ». La cible dépend de l'argent dont on dispose et de l'efficacité de l'approche. En fonction de l'argent, si la limite supérieure retenue pour l'âge est 45 ans, cela peut représenter 500 000 personnes par an selon les maladies que l'on retient. Si c'est 50 ans, cela peut représenter davantage, si c'est 40 ans, c'est moins, sur la base moyenne d'une famille de cinq personnes qui répondraient autour du cas.

Pourquoi répondre ainsi ? Parce que plusieurs fois la question est venue de la périodicité des dépistages. Ce matin, un médecin de la Somme a très bien expliqué le problème de 2 ans ou de 3 ans pour le frottis cervical... Un autre médecin a pris l'exemple d'un dépistage de la maladie d'Alzheimer à 70 ans ; si l'Alzheimer débute à 72 ans, qu'est-ce qui va se passer, si l'on dépiste tous les cinq ans ?

L'ensemble de ces questions posent le problème majeur de la périodicité du dépistage. Cela rejoint d'autres questions qui ont été posées. L'âge est un paramètre de seuil social. Nous disons : « J'ai 60 ans... j'ai 40 ans... j'ai 20 ans, etc. » ? Cela n'a rien à voir avec la biologie car à 60 ans certains ont un âge réel de 50 ans et d'autres de 70 ans. La biologie des gens est totalement variable. Le 31 décembre, on se fait une bise pour le nouvel an, mais dans notre organisme, il ne se passe strictement rien !

Nous n'avons donc pas de vrais repères : on procède par consensus. Qu'est-ce que cela veut dire, un consensus ? Cela veut dire que selon les experts que vous avez choisis, vous introduisez un premier biais. Selon les experts que vous choisissez, vous n'aurez peut-être pas la même réponse. Ce qu'ils choisissent est au mieux « raisonnable » sur la base de connaissances actuelles.

Alors, si un consensus d'experts dit 3 ans, même si moi je pense 2 ans ou 5 ans – parce qu'il y a des gens qui pensent 5 ans pour le frottis cervical –, j'obéis. À un certain

moment, il faut obéir. J'ai relu complètement la littérature depuis que j'avais été confronté à ce problème à l'ANDEM. Les experts discutent. Mais le jour où c'est dit, on applique, parce que sans cela, on ne peut plus travailler ensemble. Et si les Anglais disent aujourd'hui : « 5 ans » ou si vous dites dans la Somme : « 2 ans ». C'est bien, mais si vous dites, dans la Loire-Atlantique : « 4 ans », le système est explosé !

Nous ne savons pas où est la vérité. Les experts ne le savent pas. Mais ce que l'on sait, c'est que l'année supplémentaire que vous demandez pour augmenter la fréquence des dépistages, va coûter cher, parce que 300 000 à 400 000 personnes seront concernées ; et qu'il faut savoir où l'on met son argent. Proposer à 300 000 personnes d'un seul coup de bénéficier d'un examen, quel qu'il soit, c'est, à l'échelon national, une énorme responsabilité qui ne doit pas détourner des ressources limitées vers des actions qui seraient presque inutiles.

Vous avez aussi posé la question du cancer d'intervalle. Bien sûr. Alors, on se dit : « Si on faisait un dépistage tous les ans, on en aurait moins, etc. ». Pour l'Alzheimer, c'est la même chose. Si on fait un jour le dépistage des troubles de la mémoire parce qu'on a découvert qu'une intervention précoce efficace, on aura des Alzheimer d'intervalle. Forcément.

Donc, ma réponse sur le petit nombre de personnes concernées par la Consultation de Prévention Familiale est celle-ci : je suggère de laisser à la société le choix de choisir le budget qu'elle est prête à mettre sur cette approche. On dit qu'un homme ou une femme qui fait un cancer colorectal à 60 ans, c'est une maladie injuste. Il doit y avoir quelque chose pour l'expliquer, donc il faut chercher. Mais on peut aussi dire : « Je commence d'abord par voir ce qui se passe à 45 ans, et je remonterai ensuite vers des âges plus avancés ».

Il faut laisser au décideur une marge de manœuvre qui prenne un autre paramètre en compte : « Combien mettre dans telle ou telle action, pour que les autres, aussi importantes, existent ? ». Et a-t-on les moyens de faire ce que l'on annonce ?

Je n'ai encore aucune preuve de ce que je vous ai dit. Donc, je ne le recommande pas, mais je voudrais que quelqu'un le fasse bien pour avoir des chiffres. Peut-être que les gens ne le veulent-ils pas au fond d'eux-mêmes et « croient » ou ne « croient » pas à telle ou telle prévention. J'ai simplement dit : « Faites attention à ce que font les Américains. Faites attention à ce que pensent les Québécois. Faites attention à ce que pensent les Anglais. » Il ne faut pas seulement raisonner Franco-Français. Il faut regarder beaucoup plus large.

*
**

C'est maintenant à vous les auditeurs de prendre la parole... N'hésitez pas à interpeller le Professeur Marcel Goldberg, ou à formuler des commentaires.

Pour M. Goldberg : J'aurais voulu demander s'il ne pensait pas quand même que le généraliste pourrait avoir un rôle sentinelle quand il a une clientèle qui est principalement employée par une entreprise et qu'il constate peut-être mieux que le médecin du travail un certain nombre de cancers qui partent en arrêt de travail tout de suite et donc qui se coupent de l'entreprise et que le médecin du travail ne voit plus. Il pourrait faire une corrélation intellectuelle, simplement, en constatant cette répétition de cancers. Et quand, par exemple, aussi, au syndrome du canal carpien, il me semble que la démarche de dépistage ou de diagnostic est extrêmement facile pour un médecin généraliste, et il pourrait avoir une action aussi de sentinelle à ce niveau-là.

Pour M. Goldberg : les médecins généralistes, ont effectivement très peu de connaissances sur le milieu du travail. Par contre, on peut être attentifs, si nous sommes informés, des risques particuliers du travail. C'est-à-dire que si un patient est dans un milieu qui a été exposé à telle ou telle substance, on pourrait améliorer notre efficacité si nous étions informés des risques particuliers du travail. Donc, une piste à approfondir.

Les questions posées au Professeur Marcel Goldberg appellent les précisions suivantes :

Marcel Goldberg

Pour répondre à la première question : oui, bien sûr, les médecins peuvent jouer le rôle de sentinelle, notamment quand ils connaissent les risques auxquels les gens sont soumis.

Il y a d'ailleurs de bons exemples. Ainsi, la cancérogénicité du nickel a d'abord été identifiée par un généraliste qui s'est aperçu que dans sa clientèle – c'était au Pays de Galles – il y avait plusieurs patients qui avaient des cancers du nez. Mais justement, c'est une assez bonne illustration du fait que cela ne peut pas bien marcher comme cela, parce que s'il s'en est aperçu, c'est parce que, dans sa clientèle, dans un temps bref, il a vu 5, 6, 7 cancers du nez et il avait quand même une formation médicale suffisante pour se rendre compte que c'était vraiment anormal. Donc, il a pensé, il a cherché et il y avait l'usine de nickel à côté.

Ce ne sont pas des situations que l'on rencontre si fréquemment. La grande majorité des risques professionnels et la plus grande partie du poids sur la santé de la population, correspondent à des risques très diffus et qui ne sont pas spécifiques. Et je ne pense pas que, sauf dans le cas de réseaux sentinelles organisés de façon très spécifiques pour surveiller dans le cadre d'un protocole rigoureux, que cela puisse être une approche potentiellement efficace.

Non, et il faut, je crois – je réponds aussi un peu à la deuxième question là-dessus – être informés sur les risques. Mais comment ? Il y a vraiment un travail de coordination. Je veux dire, cela ne se fait pas comme ça. Il y a de la formation. Ce n'est pas évident de savoir qui est exposé à quoi.

Dans une expérience que l'on a faite, que j'ai évoquée tout à l'heure concernant le suivi post-professionnel des gens qui ont été exposés à l'amiante pendant leur vie professionnelle, qui s'est faite dans les Centres d'examen de santé avec le CETAF, on a formé les médecins qui participaient. Ils ont eu une journée ou une journée et demie, je crois, de formation sur : qu'est-ce que c'est que l'amiante ? Ce n'est pas évident. On le rencontre dans plein de produits, dans des circonstances très diversifiées, etc.

Donc, il faut quand même une formation, pour dialoguer avec le patient, pour identifier chez lui qu'il a pu, qu'il a vraisemblablement été exposé.

Encore une fois, la diversité des facteurs en milieu de travail qui peuvent être pathogènes est immense. J'ai essayé de l'évoquer, mais j'ai été très vite, bien sûr. J'ai cité TMS, santé mentale, dermatologie, troubles de l'audition, etc. Or, à chaque fois, ce sont des facteurs de risque différents.

La médecine générale reste très largement une pratique isolée, en solo. Je ne vois vraiment pas, dans le cadre actuel de l'organisation de la médecine de ville, comment un médecin généraliste peut être informé des risques de sa clientèle, sauf s'il habite, par exemple, à Fos, sur l'étang de Berre et que tous ses patients viennent tous de la raffinerie d'à côté. Mais ce sont des circonstances qui, je crois, sont assez particulières.

On ne peut pas entrer dans trop de détails, mais effectivement, quand je parlais de coordination entre médecine de ville et médecine du travail, c'est à des choses comme cela que l'on peut penser. Il y a quelques expériences tout à fait intéressantes qui sont faites par exemple autour du bassin de Berre où des mutualistes ont mis en place, justement, avec un réseau de généralistes, des échanges mutuels d'informations. Mais voilà, cela demande une organisation... je ne sais pas si elle est très lourde, mais en tous les cas, qui demande à être structurée.

Et la question que je posais à la fin de mon exposé, c'est : qui va l'organiser ? On ne voit absolument pas, dans le paysage actuel de l'organisation du système de santé en France, qui va prendre l'initiative de dire : « Mettons ensemble les médecins traitants et les médecins généralistes. » Personne n'a cette légitimité-là dans le découpage institutionnel de la santé publique en France aujourd'hui.

Je disais que si on met en place une consultation de prévention, si on paie pour cela un généraliste, on peut sans doute exiger de lui qu'il y ait un certain nombre de contraintes et que, s'il ne le fait pas, on arrête de le payer. C'est ce que je voulais dire. Je trouve que c'est assez rarement fait comme cela, dans notre pays.

D^r Christine Breton

Médecin au service Prévention de la CRAM d'Île-de-France

Je regrette qu'au niveau des référentiels de l'HAS, on évoque relativement rarement la dimension Santé Travail. Or, c'est la base de l'évaluation des pratiques professionnelles de chacun d'entre nous, qu'on soit généraliste ou spécialiste.

Et je pense que c'est en faisant comme cela des démarches de prévention intégrées dans nos pratiques, que ce soit au niveau de notre formation initiale ou au niveau de l'acquisition de compétences tel que c'est fait depuis si longtemps à l'Institut de médecine agricole ou même maintenant dans le cadre de l'OGC... Enfin, il y a une formation qui est proposée aux médecins généralistes pour être plus capables de se sentir plus à l'aise pour agir en matière de maladie professionnelle.

J'ai relu les travaux relatifs au DMP et l'exclusion de la profession a été délibérée. Bon, j'ose espérer que ce n'est pas définitif, mais quand on voit les travaux que peut faire une caisse comme la Caisse des artisans parce qu'ils ont la connaissance de la profession et qu'ils ont une approche de l'assuré, et le lien entre le travail et la santé qu'ils font, je crois que l'on passe là... il y a une perte de chance, à la fois dans la qualité de notre système de santé et puis vis-à-vis des patients concernés.

Donc, je crois que l'on a en effet du chemin à faire. Je voulais signaler aussi qu'il y a d'autres pays où on reconnaît l'acte de déclaration de maladie professionnelle comme un acte de consultation en tant que tel, qui est rémunéré en tant que tel. C'est vrai que c'est un travail, parce que cela veut dire, après, assurer un suivi dont on connaît la lourdeur. Et là aussi, cela peut être un axe de réflexion.

L'Institut national de médecine agricole existe à Tours et dispense un enseignement à des milliers de généralistes, depuis plus de 25 ans, sur tous les risques professionnels, l'hygiène de prévention en médecine agricole. C'est tout à fait valable, et il y a des milliers de médecins traitants ainsi que des médecins du travail qui suivent l'enseignement sanctionné, au bout de 2 ans d'enseignement, par un mémoire et un diplôme reconnu par l'Ordre des médecins. Je pense que ce serait effectivement bien qu'il soit diffusé.

Président de séance : Marc Brodin

Je vous propose d'applaudir les deux intervenants. Et de confier la lourde tâche au président de la Société française de santé publique de conclure et de faire l'envoi.

CONCLUSIONS :
Consultation de prévention :
quelle prévention, quelles activités
et par qui ?

François Bourdillon
Santé française de santé publique

Conclusions : Consultation de prévention : quelle prévention, quelles activités et par qui ?

François Bourdillon

Président de la SFSP

MAIS POURQUOI FAUT-IL PARLER DE CONSULTATION DE PRÉVENTION ?

Les médecins généralistes ne feraient-ils que du soin et jamais de prévention ? L'exercice de la médecine générale ne serait-il que curatif et inscrit dans la dimension du seul soin ?

Pourtant, les médecins libéraux vaccinent. Ils assurent 95 % des vaccinations en France et la couverture vaccinale est, en France, tout à fait correcte. Chaque année, ils vaccinent contre la grippe saisonnière.

Les médecins libéraux assurent une bonne partie des vingt examens médicaux de la petite enfance, en particulier, les examens systématiques obligatoires (loi du 15 juillet 1970) notamment ceux du 9^e mois et du 24^e mois.

Les suivis de la contraception et les certificats d'aptitude à la pratique du sport sont autant d'occasion de faire de la prévention au décours de consultation.

Les facteurs de risque cardiovasculaires sont connus de tous les médecins traitants : hypertension artérielle, hypercholestérolémie, hypertriglycidémie, diabète, tabagisme, l'excès de poids... L'identification de ces facteurs de risque se fait, en France, de manière occasionnelle lors d'une consultation chez son médecin. Cette recherche est devenue très classique en médecine générale et fait partie des examens de base banalisés réalisés par tout médecin traitant. Ainsi, une étude sur les données de l'échantillon permanent des assurés sociaux en 2001-2002 qui couvre 70 % de la population française a montré que le taux de dépistage opportuniste du diabète effectué sur 2 ans atteignaient 48,6 % soit la moitié des personnes ayant eu recours aux soins et 71,2 % chez les plus de 45 ans ce qui laisse penser que le dépistage opportuniste du diabète est bien effectué en France.

Les médecins disposent d'équations intégrant l'ensemble des données de risque cardio-vasculaire pour calculer le risque cardiovasculaire d'un individu. Toutefois, il n'est pas certain dans le contexte actuel d'identification de chacun des risques en vue de sa prise en charge médicale que la somme des risques apporte un bénéfice supplémentaire si ce n'est, peut-être, de hiérarchiser les risques entre eux.

Le dépistage des cancers est promu par de nombreux médecins traitants sans problèmes pour les cancers du col ou du sein, avec plus de réticence pour le cancer colorectal. Quant au dépistage du cancer de la prostate, le dépistage spontané à la recherche d'un marqueur tumoral spécifique, le PSA ou antigène spécifique de prostate, il est largement effectué alors même que les études randomisées n'ont pour l'instant pas montré un bénéfice sur la mortalité ou sur la qualité de vie.

Enfin, il faut rappeler qu'une grande majorité de médecins sont informatisés et que les logiciels médicaux utilisés ont la plupart des fonctions d'alerte automatique permettant la planification des soins notamment pour les examens de dépistage, les examens périodiques, les vaccinations mais aussi des fonctions de synthèse des examens des évolutions de maladies chroniques : rythme de suivi, évolution de certaines constantes biologiques.

Par contre, s'agissant de prévention tertiaire, tout reste à construire. L'éducation thérapeutique du patient reste une activité très marginale en médecine libérale. Peu de médecins ont été formés ; les patients ne savent pas très bien en quoi cela consiste...

Il semble donc que les médecins traitants assurent dans le cadre de leur activité libérale des missions de prévention, « médicalisée » en tout cas des fonctions de prévention vaccinale et de dépistage dit opportuniste. Mais cela est peu connu et l'activité libérale renvoie le plus souvent, dans ses représentations actuelles, à une conception d'un exercice solitaire, à un paiement à l'acte alors que la prévention fait référence à la santé publique, à une activité centrée sur les populations, réalisée le plus souvent de manière pluridisciplinaire. Ce n'est donc pas un hasard si pour sortir de cette quadrature du cercle, il a fallu développer des initiatives innovantes pour développer de la prévention avec une approche multidisciplinaire et pluri-professionnelle.

Je voudrais souligner plusieurs types d'initiatives :

- celles développées par les réseaux ;
- celles mises en œuvre par les caisses d'Assurance Maladie qui visent pour la plupart à promouvoir l'éducation thérapeutique ;
- et puis les fameuses consultations de prévention qui visent à développer à certains âges de la vie des bilans de santé sur la base de référentiels.

La démarche de réseaux permet de réduire la distance entre la ville et l'hôpital, de créer du lien entre les différents professionnels, de permettre la pluridisciplinarité, de donner une place aux associations de malades et surtout de permettre de nouvelles modalités de rémunération. Quelques expériences sont particulièrement intéressantes dans les domaines du diabète, de l'asthme, de l'insuffisance cardiaque. Certaines d'entre elles ont, d'ailleurs, été présentées aujourd'hui. Pourtant les pouvoirs publics s'interrogent. Ils s'interrogent sur la plus-value de ces réseaux, souvent centrés sur une seule pathologie, sur leur côté trop expérimental pour pouvoir s'inscrire durablement dans le système et sur leur coût. Le récent rapport 2006 de l'IGAS sur les réseaux n'annonce rien de bon, de même que la fusion des enveloppes DNDR et FAQSV, ni la récente réduction annoncée de 20 % du montant des crédits qui sont attribués aux réseaux. Les questions posées sont les suivantes :

- sommes-nous capables de passer d'un régime d'expérimentation (dont le bilan est parfois positif mais parfois moins bon) à sa généralisation sur notre système de santé ? Cela semble prématuré ;
- faut-il poursuivre la stratégie actuelle : permettre les initiatives et pérenniser celle qui sont les plus pertinentes sans que l'offre de soins offerts par ces réseaux ne soit très égalitaire sur l'ensemble du territoire ? C'est la situation actuelle ;
- faut-il continuer les expérimentations pour trouver les modes les plus opérants pour développer des stratégies d'éducation thérapeutique accessibles par tous ? Sûrement. Les réseaux sont de véritables laboratoires de l'innovation ; nous en avons besoin et c'était l'esprit du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville.

La démarche de l'Assurance Maladie et de certaines mutuelles qui vise à offrir pour des personnes qui présentent une maladie chronique des séances d'éducation thérapeutique animée par des professionnels de santé formés libéraux ou salariés, est une réponse d'aval aux fameuses consultations de prévention. Les malades se voient proposer un forfait de séances d'éducation thérapeutique fonction du risque.

L'expérience de la MSA qui propose pour les personnes ayant une insuffisance cardiaque, une hypertension artérielle, une maladie coronaire en lien avec la reconnaissance de leur ALD ou sur intervention de leur médecin traitant trois séances d'éducation thérapeutique animée par des professionnels de santé formés libéraux ou salariés, est à ce titre exemplaire.

L'inscription de cette démarche se veut très pragmatique : l'opérateur est connu et identifiable ; le malade se voit proposer des séances d'éducation thérapeutique qu'il

est libre d'accepter après en avoir discuté avec son médecin traitant ; le médecin traitant est associé à la démarche et s'implique en réalisant le diagnostic éducatif ; les acteurs de l'éducation thérapeutique ont été formés ou se forment. Enfin, le coût est maîtrisé : c'est trois séances de trois heures. Un professionnel de santé est rémunéré 120 € pour 3 heures.

La démarche n'est pas si éloignée de celle des réseaux puisque l'on fait appel à des libéraux (mais pas seulement), à des médecins et à des professions paramédicales et que l'on crée du lien entre les différents professionnels de santé.

L'Assurance Maladie se donne une nouvelle image de marque ; elle n'est plus seulement un organisme qui gère des fonds et assure des remboursements ; elle participe plus directement à la gestion du risque ici celui des maladies cardiovasculaires : prévenir les complications par une meilleure observance et améliorer la qualité de vie.

Il convient d'être attentif à une éducation thérapeutique qui pourrait devenir prescriptive.

Ce schéma d'une consultation de prévention, puis orientation vers des structures *ad hoc* chargées de l'éducation thérapeutique, peut apparaître à première vue séduisant. Il comporte deux risques :

- le premier est de dissocier l'éducation thérapeutique de l'éducation du patient. Au médecin les aspects techniques, le diagnostic, voire le diagnostic éducatif ; aux éducateurs du patient l'explication sur la maladie, et la mise en place d'interventions visant pour le patient à modifier son comportement. Or, il n'est plus possible de tayloriser à l'infini l'activité médicale. Le médecin traitant doit travailler dans une logique systémique, il participe, il doit participer à l'éducation thérapeutique de son patient. Ce qu'il nous faut redouter le plus c'est que le médecin traitant à terme se dédouane d'une certaine forme de relation et ait recours de manière prescriptive à l'éducation thérapeutique en faisant une ordonnance de la même manière qu'il le fait pour des examens complémentaires. La médecine ne peut être une clinique de l'instant, mais doit prendre en compte l'histoire du sujet de manière diachronique et pas seulement synchronique. Les maladies chroniques nous le rappellent ;
- le second est d'introduire une dissonance entre les actions et le discours des différents acteurs ; de disqualifier le médecin traitant dans sa prise en charge si le contenu du programme éducatif apparaît trop éloigné des recommandations faites par le médecin traitant, en d'autres termes, s'il existe une césure entre le discours du médecin traitant et celui des professionnels de l'éducation.

LES CONSULTATIONS DE PRÉVENTION

La loi du 4 mars 2004 a instauré ces fameuses consultations de prévention aux différents âges de la vie qui nous amènent d'ailleurs à nous réunir aujourd'hui afin de mieux préciser leurs objectifs et leurs contenus.

Il convient dans un premier temps d'admettre la dimension prévention de la pratique quotidienne des médecins traitants, de reconnaître le poids de la maladie chronique liée en partie au vieillissement de la population. Il convient également d'être convaincu que le repérage, le dépistage de facteurs de risque et de maladies chroniques n'est pas en soi suffisant et qu'il faut aller plus loin pour éviter ou retarder l'apparition des complications et, plus largement, à aider les personnes à vivre au mieux avec leur maladie. Alors se pose la question des modalités d'organisation pour permettre aux patients de bénéficier d'éducation thérapeutique et de déterminer quels sont les acteurs et quelle est l'articulation entre les différents dispositifs. La métaphore du parcours de prévention met bien en exergue la nécessaire coordination des différents acteurs de la prise en charge à la fois curative et préventive.

La tendance actuelle est celle d'une logique de dépistage de facteurs de risque ou de pathologies au cabinet du médecin traitant, d'un point éducatif fait par ce même médecin et d'une orientation vers une structure en charge de l'éducation thérapeutique.

Si les moments de soins, une demande d'ALD sont des occasions d'aborder la prévention, il convient aussi d'avoir des consultations qui sont inscrites dans une logique de prévention. L'usager est appelé à faire le point sur sa santé ; cela permet d'une part de toucher des personnes qui ne consultent pas forcément mais aussi de ne pas parasiter cette consultation avec une autre motivant le recours aux soins et qui souvent alors envahit la consultation. La réalisation de ces rendez-vous santé implique la mise à disposition d'outils, de référentiels qui permettent d'évaluer l'état de santé d'une personne et de ses problèmes. Le danger de ces référentiels est d'enfermer la relation dans des grilles et de ne pas permettre une dynamique ouverte de relation entre le médecin et la personne qui vient faire son « point santé ». C'est pourquoi, il est plutôt souhaitable de travailler avec des auto-questionnaires, charge aux médecins d'effectuer au cours de son entretien la synthèse de l'auto-questionnaire et d'identifier certains problèmes.

Il reste comme le soulignait J.-F. Toussaint dans son récent rapport, à imaginer de nouveaux modes de rémunération pour valoriser cette nouvelle activité.

Personnellement, je suis inquiet de cette nouvelle ère des actes à la carte pour les médecins : ici une consultation longue d'annonce du cancer, là une consultation de prévention ou encore une consultation d'éducation thérapeutique... Pour toute

nouvelle demande d'organisation du système, de prise en compte de nouvelles dimensions faut-il prévoir un acte spécifique ? Le tarif unique de consultation devient de plus en plus remis en cause... Faut-il ou non évoluer dans cette direction ? ... C'est bien sûr aux politiques d'en décider.

Un mandat de santé publique ?

S'agissant de prévention et plus largement d'activité de santé publique des médecins libéraux, l'avenir sera certainement basé sur un concept de rémunération forfaitaire de santé publique qui permettra à ces derniers de s'inscrire dans de multiples activités : participation à un réseau sentinelle de surveillance, activités de sécurité sanitaire, de sécurité environnementale, élaboration de recommandations de pratiques cliniques, activités d'éducation pour la santé dans les lycées, participation à un réseau, à des activités d'éducation thérapeutique... Cette voie est à creuser, elle peut apparaître encore utopique mais je crois que l'on ne peut plus éternellement séparer prévention et soins, médecine individuelle et collective. Je note que de plus en plus d'acteurs en charge des politiques de santé l'évoquent. Les libéraux, j'en suis sûr, seront demain des acteurs de santé publique, ils y consacreront une partie de leur travail en étant rémunérés spécifiquement. Leurs activités comporteront une activité de soins ou de prévention individuelle et des activités de santé publique contribuant à l'efficacité du système de santé.

Je préfère pour ma part ce système à un système de paiement à l'acte avec des cotations fonction de la prestation réalisée. Il me semble préférable de forfaitiser des missions de santé publique sur la base de contrat de santé publique, de prestation d'éducation thérapeutique réalisée pour le compte d'une caisse d'assurance maladie ou une mutuelle... D'une manière générale, il me semble nécessaire de confier aux médecins des missions de santé publique à la carte fonction de leur savoir-faire plutôt que d'amener l'ensemble des médecins à faire par exemple de l'éducation thérapeutique alors que beaucoup ne le souhaite pas.

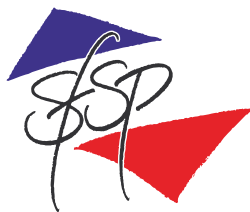
J'ai noté avec beaucoup d'intérêt les expériences d'intéressement des médecins traitants sur la base de résultats atteints dans leur clientèle. En effet, un des points fondamental de la réforme de l'assurance maladie est qu'aujourd'hui les médecins traitants disposent de listes de patients et que grâce au DMP ils vont pouvoir demain mieux connaître les caractéristiques de la population de patients suivis. Il sera possible demain de se fixer des objectifs de couverture vaccinale des enfants de 6 ans, de taux de participation des femmes de 50 à 75 ans pour le dépistage du cancer du sein, du taux de réalisation de bilans annuels chez le diabétique... C'est peut être aussi une voie pour rémunérer les médecins et les inciter à atteindre des objectifs collectifs.

Il faudra probablement aussi amener les médecins à prioriser leur pratique de prévention bien sûr vers les patients pour lesquels des risques ont été identifiés (ceux qui ont une pression artérielle non équilibrée, un diabète instable) mais aussi vers ceux dont le suivi laisse à désirer ou vers ceux qui ne se font pas suivre du tout. Il faudra alors permettre aux médecins de convoquer leurs patients.

Tout ceci ne sera probablement possible que par une partie de rémunération forfaitaires sur des mandats de santé publique.

Je conclus mon propos pour dire que :

- la dimension préventive s'inscrit pleinement dans l'activité des médecins libéraux : les vaccinations et le dépistage sont des activités dorénavant pleinement reconnues. L'éducation thérapeutique du patient reste à développer. Il faut encourager la dynamique actuelle de prévention non pas seulement comme un acte ou une prestation mais comme une action de santé publique dont la visée est à la fois individuelle et collective ;
- la dimension préventive ne se limite pas aux seules consultations médicales et qu'il faut sous l'égide de l'Inpes les inscrire dans une dimension plus large de promotion de la santé.



Société Française de Santé Publique

15 € TTC



9 782911 489099

ISBN : 978-2-911489-09-9