



Les journées de la Prévention de l'INPES
3^{es} journées annuelles – 29 et 30 mars 2007
Maison de la Mutualité, 24 rue Saint-Victor – 75005 Paris

Session 2

« Parcours de prévention, médecin traitant et professionnels de santé : quelles articulations ? »

Synthèse des débats

Session 2 - 1^{ère} Partie

Où en sommes-nous aujourd'hui ? Quels enjeux, quel financement et quel suivi ? Confrontation avec les expériences francophones

François BAUDIER, Union régionale des caisses d'assurance maladie de Franche-Comté

Le thème de la prévention s'inscrit dans une dynamique. D'abord, ont été tenus les Etats généraux de la santé, ensuite la Société française de santé publique a organisé, sur ce thème, un séminaire en décembre 2006 au ministère de la Santé. Ces journées apparaissent donc comme un troisième temps de réflexion autour de cette thématique.

Cette session, organisée en collaboration avec le Comité scientifique, s'organise autour de différentes interventions présentées sur ces deux journées ; dans un premier temps, Bertrand Garros et Jean-François Collin, au titre de la Société française de santé publique, interviendront sur les réflexions engagées, à ce jour, sur ce sujet. Ensuite, seront présentées deux expériences étrangères (Québec et Belgique). Une intervention traitera du contenu et de la place de la consultation de prévention, une autre du rôle spécifique du médecin traitant et des autres acteurs de santé, ainsi que de l'articulation entre les différents partenaires et dispositifs existants. Enfin, seront évoqués les nouveaux services et outils pour activer ce parcours de prévention.

Le contexte français : rappels des textes législatifs. Bilan et perspectives dressés à la suite des États généraux de la prévention et du séminaire de la Société française de santé publique. « Enjeux pour la prévention »

Bertrand GARROS, Mutualité française

En 1945, l'Assurance Maladie a été créée pour compenser les conséquences des maladies et des accidents. A cette époque, la préoccupation des personnes qui vivaient en France était d'abord de compenser la perte de revenus, avant même le remboursement des soins. A cette époque, l'Assurance maladie consacrait d'ailleurs 80 % de ses remboursements aux indemnités journalières. Cette création s'est faite dans une double logique ; des recettes appuyées sur un système solidaire organisé collectivement et fondé sur des cotisations assises sur les revenus du travail, mais assez paradoxalement, une utilisation de ces recettes laissée d'emblée à l'initiative individuelle. Cette liberté correspondait aux souhaits des assurés, parce que jusqu'à l'arrivée de l'Assurance Maladie, les moins fortunés passaient soit par des dispositifs organisés par les employeurs (une médecine patronale), soit s'adressaient à des dispositifs d'assistance, des dispensaires. La création de l'Assurance Maladie a donc été vécue comme un formidable progrès social par les assurés sociaux. Cette liberté correspondait également parfaitement aux médecins puisque c'était une manière d'appliquer et de mettre en œuvre la charte de la médecine libérale qu'ils avaient adoptée dans la décennie précédente.

La conséquence dans la psychologie collective a été de jeter un certain discrédit sur tous les dispositifs organisés vécus soit comme des dispositifs de contraintes organisés par les employeurs, soit comme des dispositifs réservés aux plus pauvres. Pourtant, à l'époque, la prévention s'est organisée dans le cadre de dispositifs publics collectivement organisés et financés dont la liste est impressionnante. Ceci fonctionnait par ordonnances (la santé scolaire et universitaire, le droit des examens de santé dans le cadre de l'Assurance Maladie, la protection maternelle et infantile, la médecine du travail). La PMI, par exemple, a été conçue initialement comme un dispositif universel s'adressant à l'ensemble de la population et concernant l'ensemble de la population. Au fil du temps, en raison de ce discrédit des dispositifs organisés, elle a été perçue beaucoup plus comme un

dispositif réservé à ceux qui n'avaient pas la possibilité de payer directement un généraliste ou un pédiatre.

De ce fait, l'évolution depuis les années 90 va tourner autour de quatre enjeux : quelle articulation entre préventif et curatif, quelle articulation entre collectif et individuel, quelle organisation des prises en charge, et dans le cas particulier de cette session, quelle solvabilisation des soins préventifs par l'Assurance Maladie ?

D'abord, le rapport de 1994 du Haut Comité de santé publique apparaît comme une étape forte. Il introduisait les notions, qui sont maintenant très popularisées, de mortalité prématurée (la mortalité avant 65 ans) et de mortalité évitable, et revenait de manière forte sur les inégalités de santé, aussi bien sociales que géographiques. Mais ce rapport ne se contentait pas de faire un constat, il proposait des objectifs prioritaires de santé, de fonder la politique de santé sur des objectifs avec une démarche, qui doit beaucoup à René Demeulemeester, à savoir la programmation stratégique des actions de santé.

Ensuite, en 1994-1996, arrivent les ordonnances dites Juppé dont quelques points sont directement la conséquence du rapport du Haut Comité et des réflexions autour de ce rapport. Dans les ordonnances de 1996, il est indiqué que notre pays doit définir des priorités de santé, devant elles-mêmes fonder l'orientation de l'allocation des ressources. Ainsi, dans un texte ayant valeur de loi, on introduit cette notion de priorité de santé fondant l'allocation des ressources. Sont introduits également les programmes régionaux de santé, un dispositif d'organisation, et les réseaux de soins, qui sont une autre manière aussi d'organiser un peu mieux l'offre de soins.

En 1998, arrive la loi sur l'exclusion dont on parle beaucoup dans le domaine de la santé publique parce qu'elle introduit le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (le PRAPS), qui est le premier programme qui doit être systématiquement fait dans toutes les régions. Toutefois, il est regrettable de limiter cette loi uniquement au PRAPS. En effet, la loi sur l'exclusion est une très belle loi de santé publique, elle aura bientôt dix ans et mériterait que lui soit consacré un séminaire ou un colloque parce qu'elle balaye toutes les dimensions qui fondent la promotion de la santé (le logement, l'accès à la culture, etc.). Il serait, en effet, intéressant de la revoir et de faire un point sur sa mise en œuvre.

A la fin de cette même année 1998, arrive la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 1999. Elle introduit une nouvelle notion dans le Code de la santé publique, également directement issue du rapport du Haut Comité, à savoir la lutte contre les maladies aux conséquences mortelles évitables. Non seulement elle introduit ce chapitre, mais elle crée des programmes organisés de dépistage de ces maladies aux conséquences mortelles évitables. Se trouve là, par exemple, l'embryon de la généralisation du dépistage du cancer du sein, avec prise en charge par l'Assurance Maladie.

En 2002, la loi sur le droit des malades va élargir cette notion. Le chapitre sur la lutte contre les maladies aux conséquences mortelles évitables va disparaître, pour s'élargir à la couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive dans le cadre de programmes prioritaires de prévention. Il n'est plus question de réseaux de soins, mais de réseaux de santé, et aux diagnostics et soins sont ajoutées l'éducation à la santé et la prévention.

En 2003, une ordonnance portant simplification du système de santé porte sur plusieurs dispositions concernant le schéma régional d'organisation sanitaire (le SROS). Ce dernier ne doit pas seulement être curatif, mais il doit aussi s'intéresser au préventif, au palliatif. Il est indiqué que le sanitaire doit être articulé avec le social et le médicosocial. Ainsi, la vision s'élargit, avec une nouvelle dimension d'organisation fondée sur une logique de territoire de santé.

En 2004, arrive la réforme de l'Assurance Maladie qui concerne tout le monde, notamment à travers le parcours de soins et le médecin traitant. A noter la rupture avec les fondements de 1945 puisqu'il ne s'agit plus de liberté totale et non contrôlée, mais plutôt d'organiser cette liberté. En quelque sorte, pour oser une comparaison audacieuse, c'est en quelque sorte un code de la route dans la circulation à l'intérieur du parcours dans les systèmes de soins et de santé. Fondamentalement et culturellement, l'important est là. La manière dont cette notion a été mise en œuvre porte à discussion, mais dans le cadre des réflexions, il est important de retenir cette rupture par rapport à un dispositif totalement laissé à l'initiative individuelle.

Le dossier médical personnel doit comprendre un volet prévention, mais autant l'un que l'autre sont encore attendus. Concernant les assureurs complémentaires, les mutuelles, il est fait état d'une nouvelle notion qui s'appelle les contrats responsables. Ces derniers sont des contrats qui, s'ils respectent un certain nombre de règles, peuvent bénéficier d'exonération sociale ou fiscale, ce qui permet de diminuer le montant de la cotisation et donc, peut être important pour faciliter l'accès à la couverture complémentaire. Parmi ces règles, il est dit que ces contrats doivent comporter le remboursement d'au moins deux prestations de prévention choisies dans une liste arrêtée par le ministre. Là aussi, apparaît donc la reconnaissance de la prévention dans l'activité et dans le champ de la protection sociale complémentaire.

2004 est aussi l'année de la loi de Santé publique, pointant 100 priorités. Elle comporte quatre grands plans stratégiques dont le « plan cancer » qui a récemment fait l'objet d'un grand bilan dressé par le Président de la République. Cette loi introduit aussi la notion de consultation périodique de prévention, mais aussi un nouveau dispositif d'organisation : le groupement régional de santé publique.

En 2005, sort une loi consacrée au handicap. Elle comporte également, pour ceux qui connaissent la prestation de compensation, un volet prévention des situations de handicap, mais dit aussi que les personnes en situation de handicap ou de dépendance doivent pouvoir bénéficier d'une ou deux consultations de prévention spécifiques pour tenir compte de leur état, justement, et de leur handicap.

En 2005, la convention médicale entre l'Assurance Maladie et certains syndicats de médecins, une application de la loi de 2004, est établie, son avenant n°12 arrivant plus tardivement. Elle reconnaît et met en valeur la mission, le rôle du médecin traitant dans la prévention. Néanmoins, cette reconnaissance s'arrête à une reconnaissance structurale, et non à une véritable reconnaissance financière, thème en discussion actuellement dans les négociations avec l'Assurance Maladie. L'avenant n°12 a introduit cinq thèmes prioritaires dans l'action du médecin traitant : la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse, notamment chez les personnes âgées, le dépistage du cancer du sein, les facteurs de risque de la femme enceinte, les risques cardiovasculaires, notamment avec le diabète, et l'obésité chez les jeunes.

La convention dentaire en 2006 introduit des consultations de prévention à différents âges (6, 9, 12, 15 et 18 ans), avec une prise en charge à 100 %. Elle introduit surtout la notion de suite, c'est-à-dire que si au cours de ces consultations, le dentiste constate qu'il est nécessaire de faire des soins, cette convention prévoit qu'ils seront, eux aussi, pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie. Cet élément est nouveau, et les dispositifs prévoyant un dispositif de suites sont plutôt rares aujourd'hui.

La loi de financement pour 2007 introduit une consultation de prévention pour les plus de 70 ans. Néanmoins, pour des questions budgétaires, l'on peut regretter qu'il ne soit prévu qu'une consultation unique. Elle est prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie et son protocole doit être en cours de test dans quelques régions, ou en tout cas cela doit démarrer prochainement. Cette loi de financement introduit également une notion nouvelle, elle donne la possibilité à l'Assurance Maladie de mettre en place des programmes d'accompagnement en éducation thérapeutique pour les maladies chroniques. Il s'agit là d'une dimension très importante sur le plan du service rendu aux personnes malades, mais aussi parce que jusqu'alors, ce type de prestation n'était pas solvabilisé, ou de manière très indirecte, par l'Assurance Maladie. Là, un véritable engagement est donc pris, et cela renvoie à toute la problématique des ambitions affichées par l'industrie pharmaceutique d'intervenir aussi dans ce type de programme. Les débats entrepris n'ont, néanmoins, pas permis de retenir cet aspect dans le cadre des dispositions de cette loi.

En 2007, arrive la loi de réforme sur la protection de l'enfance. Nombre de mesures y figurent, notamment le renforcement des consultations et, bien entendu, de nombreuses choses pour les nouveau-nés et les jeunes enfants. Le dispositif existant est renforcé avec des consultations de prévention et de dépistage prises en charge à 100 %, et pouvant être éventuellement assurées par des médecins, par exemple de santé scolaire, mais aussi par un médecin traitant ou un pédiatre, si les parents en décidaient ainsi, à charge pour eux d'apporter la preuve que les consultations ont bien été effectuées.

Cette série d'évènements peut être résumée autour de grands faits marquants. D'abord, il est clair que depuis le milieu des années 90, il y a eu un réinvestissement du champ préventif, mais également une volonté d'organiser avec les réseaux, les groupements régionaux de santé publique, les différents dépistages organisés. Il y a eu aussi une multiplication des consultations de prévention, dispositifs devenus très tendance aujourd'hui. Tout ceci a pour conséquence, et c'est très souvent constaté dans notre pays, un réel empilement, une juxtaposition des dispositifs.

Jean-François COLLIN, Société française de santé publique

En poursuivant sur la même réflexion, quels sont les bilans et les enjeux tirés d'une part, des Etats généraux de la santé, d'autre part du colloque organisé par la Société française de santé publique ?

Tout d'abord, pour les pouvoirs publics, réinvestir le champ préventif est une priorité de plus en plus affichée. La présentation précédente de tous les dispositifs dans les différentes lois montre bien qu'il y a vraiment un affichage très important. Il est indéniable que les professionnels de santé, dans leurs pratiques quotidiennes, participent à des activités de prévention de longue date, pas seulement les médecins, mais aussi les pharmaciens, les infirmières, toute une série de professionnels intervenant, jusque là, de façon peu visible ou peu structurée. La volonté de ces professionnels est donc d'explicitier le contenu préventif de leurs activités. Il y a aussi un réinvestissement du champ préventif par les autres acteurs, à savoir les financeurs, donc l'Assurance Maladie, qui considèrent qu'il est intéressant finalement de mieux prendre en compte ces maladies chroniques et donc, de les faire entrer dans la prévention pour une meilleure gestion du risque. Enfin, les assurés également voient bien qu'il est important de s'intéresser beaucoup plus à la prévention et leur demande est en augmentation.

Voilà un peu le contexte, mais effectivement, la question demeure de l'équilibre entre les aspects individuels qui, classiquement, peuvent se passer finalement en relation directe avec le professionnel de santé, et puis des déterminants collectifs de la santé. Cette situation fait que le périmètre qui va être pris en compte n'est pas exactement défini. A été abordée la question des déterminants sociaux de la santé, mais il paraît difficile, pour les personnes, de régler devant leur médecin généraliste leur problème de ressources financières. Sur ce sujet, nombre de points restent sans doute à approfondir. L'équilibre entre les soins préventifs et la promotion de la santé reste toujours une question de périmètre. Cette prévention va-t-elle être centrée autour de maladies chroniques et d'un certain nombre de comportements ou de prises en charge de traitement ? Va-t-on avoir, autour de ce thème de la prévention, une vision plus large qui permettrait de prendre en compte les autres volets de la promotion de la santé ?

Il existe une volonté d'organisation, autour de plans et de programmes. Ainsi, un certain nombre de plans ont été lancés ; un plan national, des plans régionaux de santé publique qui se mettent en place avec le GRSP pour la première année. Par ailleurs, depuis un certain temps, est annoncé un plan de qualité de vie et maladies chroniques qui devrait sortir.

Des dépistages sont organisés, et c'est justement là où il est possible de gagner en efficacité. En effet, comme cela était rappelé lors des journées de la Société française de santé publique, si le dépistage du cancer du sein avec les mammographies était amélioré, notamment par la prévalence de ce dépistage tous les deux ans et par des mesures d'organisation et de prise en charge, cela permettrait de réduire les écarts entre des populations plutôt favorisées et des populations moins favorisées. Lors de ces journées, il était rappelé aussi que sans une organisation des dépistages au niveau des risques professionnels, il serait impossible d'avoir des programmes de prévention efficaces.

Depuis un certain nombre d'années, est constatée une évolution forte des réseaux de santé qui sont passés de quelque chose de plutôt expérimental à des réseaux qui se développent, se professionnalisent, ont des protocoles de plus en plus élaborés. Sans doute, des questions se posent encore, et le rapport de l'IGAS, quelque temps auparavant, le faisait ressortir en particulier. Après une approche thématique qui était plutôt une approche par pathologie, il y a sans doute à prendre en compte des approches par territoire.

Les parcours de soins sont une notion relativement récente, et sont aussi une organisation voulue. Là aussi, des questions restent posées sur cette volonté d'organisation, notamment sur l'investissement des professionnels de santé qui reste très variable. Certains sont plutôt militants

pour s'engager dans la prévention, d'autres le sont moins et évoquent, pour cela, un certain nombre de raisons. Nombre d'entre eux ne croient pas en leur efficacité en matière de prévention. D'autres pensent que, finalement, leur activité est plus centrée sur le soin, qu'ils n'ont pas vraiment le temps, que les patients sont assez résistants à parler de prévention. Il paraît donc nécessaire de mieux prendre en compte ces éléments parce que tous les professionnels ne sont pas engagés dans cette volonté de prévention. De la même façon, au niveau des engagements collectifs, en particulier les plans régionaux de santé publique, les conférences régionales de santé, les professionnels de santé libéraux sont très peu engagés, et relativement peu présents, puisque peu de dispositifs le leur permettent.

Dans cette organisation, une des limites réside dans le fait que ces dispositifs sont parfois universels. Toutefois, souvent des systèmes se mettent en place et sont beaucoup plus ponctuels. Pour prendre le cas des réseaux de santé, actuellement la part des patients qui participent à des réseaux de santé reste quand même relativement faible, on le voit notamment sur le nombre de patients diabétiques.

Dans cette volonté d'organisation, des difficultés existent autour de l'articulation des dispositifs. Ces dispositifs sont récents et il est compréhensible qu'ils ne soient pas complètement articulés entre le parcours de soins et le parcours de prévention. Finalement, avec le parcours de soins et le fait que les médecins généralistes auront la liste de leurs patients, il sera possible de disposer d'un certain nombre de données, et sans doute de mieux analyser les risques des patients et d'utiliser ces informations, avec toutes les questions éthiques que cela suppose, dans un circuit de prévention qui se passera dans les consultations et les dispositifs de prévention. Néanmoins, tout reste encore à réfléchir et à mettre en place.

Il existe effectivement une multiplication des consultations de prévention, notamment en fonction de l'âge et des événements de la vie. Tous les textes qui viennent d'être balayés montrent bien que cette multiplication est aussi fonction des thématiques (cancer, dents, etc.). Des dispositifs vont être collectifs, c'est-à-dire qu'ils seront proposés à toute une population, on le voit depuis 1945 où des examens de santé sont proposés en centres de l'examen de santé, et d'autres se feront dans un cadre plus individuel, notamment par le dépistage et des consultations de prévention individuelle. Des groupes de médecins généralistes ici, des mutuelles par ailleurs, l'Assurance Maladie et des professionnels dans un autre endroit, ont mis en place ou mettent en place actuellement des consultations de prévention sur des thèmes particuliers, et donc il y a une multiplicité de ces expérimentations.

Il y a une juxtaposition des consultations avec une logique à l'acte, et au moment où il est question de prévention et d'avoir une vision un peu plus globale, l'on peut se demander s'il ne serait pas intéressant d'avoir un autre mode de paiement. La Société française de santé publique évoquait, au mois de décembre, une sorte de contrat de santé publique, voire un engagement non seulement des professionnels pour des actes de prévention directement pour leurs patients, mais aussi un engagement plus large de santé publique et de réflexion politique de santé publique.

Il n'y a pas ou peu de dispositifs de suite. Tout à l'heure, Bertrand Garros évoquait les nouveaux textes sur les aspects dentaires. Mais dans d'autres domaines, l'on peut se poser la question de la prise en charge des personnes, une fois qu'elles ont été repérées et dépistées. En effet, le repérage et le dépistage peuvent être pris en charge financièrement, et puis ensuite, les compléments d'examens induits sont souvent à la charge des patients. Finalement, des dispositifs de suites méritent d'être réfléchis.

La question de la protocolisation et de l'évaluation est relativement nouvelle, ce qui explique peut-être qu'il n'y ait pas encore d'évaluation. Cela fait un certain temps que la protocolisation est abordée dans le domaine du cancer où là, c'est relativement protocolisé. La tendance lourde est de dire qu'il faut rendre les choses plus protocolisées, avec des protocoles bien établis, mais le risque est d'avoir des protocoles un peu micros sur tel ou tel aspect ou problème. En même temps, un discours de prévention qui se veut global est souvent tenu. La protocolisation, évidemment, est nécessaire mais elle a comme écueil, très souvent, de ne pas permettre une prise en charge globale.

Plus globalement, dans cette évolution des dispositifs, les usagers sont peu associés à la conception. Tous les dispositifs présentés sont mis en place soit à l'initiative des professionnels, soit à l'initiative des financeurs, soit à l'initiative des pouvoirs publics. Sans doute que si les usagers

étaient plus associés à la conception, il serait possible d'imaginer que ce découpage par thème ou par professionnel ou par tranche d'âge serait moins celui qu'il est.

En conclusion, quatre séries d'enjeux peuvent être retenus.

Pour l'assuré, dans ce parcours de prévention, va-t-on lui demander son adhésion ou cela va-t-il être une obligation ? Et même à terme, s'il n'adhère pas, va-t-on continuer à prendre en charge ses frais ? Sommes-nous dans une logique de responsabilité, d'acquisition de compétences ou d'une certaine autonomie pour la personne ? Sommes-nous dans une logique de normes à respecter ? Ces questions sont bien présentes et seront permanentes, des équilibres restent à trouver.

Le professionnel sera-t-il prescripteur de prévention ? Pour rappel, un certain nombre d'entre eux disent qu'ils n'ont pas le temps, que ce n'est pas vraiment leur métier. Seront-ils donc prescripteurs de prévention, comme dans certains réseaux ? Le professionnel de santé sera-t-il accompagnateur de cette démarche de prévention ? Jusqu'où va-t-il aller dans l'accompagnement ? Là aussi, cette question ne peut pas être uniforme pour tous les professionnels, mais elle reste posée.

Allons-nous rester dans une logique à l'acte ou passer dans une logique plus globale ? Y aura-t-il finalement un contrat de santé publique pour des missions plus larges ? La question demeure.

En continuant sur les autres acteurs du dispositif, le financeur va-t-il juxtaposer toutes ces mesures et tous ces dispositifs ? Va-t-il vouloir les réorienter pour en faire quelque chose de plus cohérent ? Voudra-t-il payer sans condition tout ce qui tourne autour de la prévention ? Voudra-t-il associer, comme prévu dans l'avenant 12, la maîtrise médicalisée des dépenses ? La qualité sera-t-elle favorisée ? Tout le monde est d'accord pour le faire, mais qu'est-ce qui est mis derrière ces mots ? Est-ce que ceux qui font de la consultation, aident les patients à suivre leur traitement, seront financés en fonction des retours sur investissement, c'est-à-dire la diminution des soins opérés derrière ? Cela favorisera-t-il la qualité ? La prévention doit-elle être assortie du résultat selon lequel les malades représentent moins de dépenses pour l'Assurance Maladie ?

Pour les pouvoirs publics, est-il question d'un aménagement avec toutes les mesures prises ou d'un réel recentrage fort autour de cet axe de prévention ? Se pose là toute la question du périmètre de cette prévention. Sommes-nous en prévention tertiaire, secondaire ou primaire. Sommes-nous très orientés sur un thème ou, au contraire, dans une démarche plus de promotion de la santé ?

Toutes les mesures présentées tendraient un peu vers une complexification, c'est-à-dire que pour des effets aussi pratiques, pour des effets d'organisation, finalement, chaque étage du ministère ou chaque étage de l'Assurance Maladie prévoit pour la population, dont il a la charge, des mesures. Ainsi, toute une série de mesures se superposeraient. Allons-nous donc vers une complexification ou vers une simplification de cette prise en charge de la prévention dans le parcours ?

Le parcours de santé intégrant la prévention dans d'autres pays francophones

Robert PERREAULT, Direction de la santé publique de Montréal-centre

Le discours dominant au Québec n'est pas un discours de travail sur les aptitudes individuelles, mais il est faux de croire qu'aucun travail n'est fait. Dans ce contexte, la présentation va illustrer la volonté d'intégrer les diverses mesures de la Charte d'Ottawa, notamment l'action sur les milieux, l'action sur la participation sociale et la pratique clinique préventive. La logique est une logique « d'empowerment » qui repose sur la reconnaissance du citoyen comme un participant actif au système de santé, mais également sur une volonté d'aider les gens dans l'adoption d'habitudes favorables à la santé.

L'offre de service, en réponse aux besoins qui peuvent s'exprimer de diverses façons, est une offre qui repose sur une logique de gestion de la demande. En effet, une approche structurante de la demande peut à la fois aider le citoyen à faire valoir ses besoins et aider le système à y répondre. Les buts poursuivis sont le *continuum*, qui va du *self-care* à la prévention, à la promotion de la santé et à la participation active à la prise en charge de sa santé. Les moyens mis en œuvre partent d'un large niveau, d'un niveau populationnel, pour aller jusqu'à la relation patient/médecin. D'abord, au niveau du portail du gouvernement existe un site web d'aide à la décision, destiné aux citoyens, qui permet à tout le monde d'avoir un accès direct à de l'information sanitaire, tant en

prévention qu'en résolution de problèmes de santé courants. Par ailleurs, un service de géolocalisation des ressources est en développement. A ceci s'ajoute un centre d'appel, Info-Santé, où les citoyens peuvent poser des questions essentiellement en rapport avec les problèmes de santé courants. Ces moyens ne visent pas tous la même intensité de besoins. Au niveau du guide santé provincial, ce sont des mesures universelles accessibles à la population générale. Au niveau plus régional, le système de prévention clinique touche deux groupes de la population par des mesures universelles sur l'adoption des habitudes de vie favorables à la santé, et des mesures sélectives pour des patients qui présentent des facteurs de risque mieux identifiés. Quant à l'éducation thérapeutique, elles concernent principalement des mesures indiquées pour des personnes atteintes de maladies chroniques.

Le portail du gouvernement est un service qui a été développé par une société privée, en collaboration avec le ministère de la santé, et sous la supervision des grandes instances de protection de la santé de la population que sont les collèges et ordres professionnels, la Direction de santé publique de Montérégie, une région limitrophe de Montréal, les départements de pharmacie et de pharmacologie de l'université de Montréal, la médecine sociale et préventive, le centre de bioéthique, les réseaux intégrés de recherche en santé de l'université McGill, et récemment des représentants des usagers.

Le site web donne accès à de l'information sanitaire et traite de grands sujets comme la promotion de la santé, la prévention, les plans personnalisés d'accès en santé, et offre également des programmes interactifs de modification d'habitudes de vie. S'ajoutent aussi les problèmes de santé courants, les problèmes psychosociaux courants, les maladies chroniques, les problématiques sociales et compétences parentales, une base de données sur les médicaments, et sur les tests cliniques et la chirurgie d'un jour. Il est clair que, d'un point de vue citoyen, l'on ne fait pas grande différence entre les besoins cliniques, la prévention et la promotion de la santé. Les gens arrivent avec un problème, une interrogation, il faut être en mesure de répondre, même de façon superficielle, à l'ensemble des besoins exprimés.

Le centre d'appels provincial a un numéro unique et travaille à partir de protocoles infirmiers. Il vise à répondre aux besoins immédiats de la population en matière de gestion des problèmes courants de santé.

Concernant le parcours santé et le rapport du citoyen avec son médecin en matière de prévention, un programme appelé système de prévention clinique au service des médecins traitants et de la population est mis en œuvre dans la région de Montréal. Ce programme s'appelle « Oser la santé pour la vie », et est construit à partir d'un certain nombre de caractéristiques identifiées et associées à la pratique médicale individuelle. Les médecins sont sensibles et leur capacité de participer à de la prévention individuelle dépend en partie de leurs attitudes, des connaissances et croyances qu'ils ont face à la prévention, premier élément qui peut être un avantage ou un obstacle.

Une rencontre patient/médecin avec rendez-vous dure en moyenne dix minutes, ce qui n'est pas très long pour régler la maladie actuelle, et aborder un mode éducatif des éléments de prévention. Malgré la bonne volonté des médecins, il faut certainement trouver une solution à ce problème, d'autant qu'en santé publique, l'accès au médecin généraliste est requis sur nombre de sujets. Les jeunes médecins sont formés à la communication persuasive, à l'entretien motivationnel, et perdent cette formation très rapidement quand ils entrent aux urgences et qu'ils doivent faire une pratique qui les éloigne un peu d'un échange informel avec les patients. Néanmoins, leur potentiel d'influence demeure énorme. La littérature nous montre qu'en matière d'habitudes de vie favorables à la santé, les médecins ont une influence significative, mais au bout de trois mois, l'influence a disparu. Durant ces trois mois, les patients vont essayer de modifier leurs comportements, en parler autour d'eux. Il s'agit là d'un réel punch, mais qui ne durera pas très longtemps.

Le système de prévention clinique, tel qu'il est conçu, s'intéresse à l'écologie de la pratique médicale. La question posée est de savoir comment aménager l'environnement de façon à ce qu'il devienne plus facile de faire de la prévention clinique. D'abord en engageant sur la région de Montréal des infirmières conseil en prévention clinique. Elles sont engagées par les centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui intègrent la gestion d'un hôpital de quartier, d'un hôpital de longue durée et de cliniques communautaires appelées les CLSC. Les infirmières sont embauchées

à raison d'une par territoire, et leur rôle est d'apporter un soutien à l'implantation, au déploiement du système de prévention clinique. Ensuite, il y a des médecins chargés de prévention clinique engagés, eux, par l'autorité régionale, et rémunérés à raison d'une demi-journée tous les quinze jours. L'idée est de fédérer les efforts de ces médecins et de les amener à devenir compétents par un accès privilégié à de la formation, et par la création de communautés de pratique afin de les garder en réseau. Leur rôle premier est de favoriser l'arrivée de l'infirmière et de sensibiliser leurs collègues.

Ensuite, il existe deux programmes de formation des médecins traitants. Le premier a été monté par le collège des médecins, et est proposé à tous les médecins au Québec. La seconde formation est une formation au *counseling* opportuniste, ou comment motiver ses patients en trois minutes. Elle est basée sur des dérivés de la psychologie rogérienne, avec notamment un entretien motivationnel. Un travail est mené sur l'aménagement des salles d'attente pour faciliter la prévention clinique. Ainsi, un mur de la salle d'attente pourrait être réservé à l'affichage de messages, ce qui représente un levier important de communication tant en direction du patient que du médecin. La prescription d'information apparaît comme une analogie puissante pour amener les médecins et les patients à une transaction formelle autour de la prévention. Du matériel est mis à disposition dans les cliniques médicales : l'affiche « Oser la santé », un questionnaire que les patients sont invités à remplir dans la salle d'attente et qui peut l'inciter à entrer chez le médecin en disant qu'il est intéressé pour aborder certains sujets de prévention. Le patient, à l'issue de la consultation, peut recevoir un des trois DVD de l'opération « Branchés santé » (manger mieux, bouger plus ou respirer mieux). L'autre prescription possible peut être une visite dans un des douze centres d'éducation pour la santé créés à l'intérieur des CSSS. Ce sont des lieux à caractère muséal, multimédia, avec un personnel d'éducateurs pour la santé formés, plus sérieusement, à l'entretien motivationnel. L'objectif n'est pas de donner beaucoup d'informations, mais d'aider les gens à retrouver leur véritable motivation, à la tester, et à identifier des objectifs personnels. Le patient peut entreprendre un bilan personnalisé qui est disponible sur le web. Ce bilan mène à un rapport très détaillé sur les habitudes de vie de cet individu. Ensuite, fort de cette information, l'éducateur peut aider la personne à identifier un objectif, et tout cela est retourné au médecin référent pour suivi. Toute cette intervention du centre d'éducation pour la santé est dérivée directement des meilleures interventions de promotion de la santé en milieu de travail où ont lieu les meilleures interventions individuelles.

Jean LAPERCHE, Généraliste, UCL Belgique

Effectivement, parfois, il existe un fossé immense entre la prévention et la médecine générale. Parmi les médecins généralistes, certains sont militants de la prévention, d'autres sont résistants, et entre les deux, il y a une masse informe de médecins qui sont peu ou prou intéressés. Pour autant, les stratégies d'Ottawa sont applicables aux médecins, et pas uniquement aux patients.

Pour ma part, j'ai une pratique clinique à mi-temps dans une maison médicale belge, non appelée maison médicale de santé. Certaines équipes s'appellent des centres de santé intégrée, signifiant une intégration de l'approche préventive aux soins curatifs. Les soins curatifs en médecine générale représentent plus de 95 % de la pratique clinique des généralistes, cette approche est donc particulièrement intéressante dans ce cadre. L'équipe de cette maison médicale compte seize personnes (six médecins généralistes, deux infirmières, trois kinésithérapeutes, deux assistantes sociales et trois accueillantes), et les soins apportés concernent 2 800 patients. Cette pratique clinique a démarré il y a près de trente ans et se développe toujours, l'on compte ainsi soixante-dix équipes de ce type dans le sud du pays. Je travaille également à la fédération des maisons médicales, au sein d'une équipe nommée « espace promotion santé », en vue de soutenir les volontaires de ces équipes à développer des projets de promotion de la santé. Il est veillé à ce que les projets de prévention médicale soient également développés dans une philosophie de promotion de la santé. Depuis quelques années, je participe également à l'enseignement des médecins généralistes à l'université catholique de Louvain.

Les diapositives présentées sont celles initialement prévues pour des généralistes. Concernant les données d'épidémiologie, notamment pour l'activité physique, la vaccination contre la grippe et la

couverture du mammoth, la situation en Belgique n'est pas très différente de la France. Les chiffres de couverture, même s'ils ont des points positifs, montrent que des progrès restent à faire. La vision de santé publique est une vision particulière de la santé, mais à côté, d'autres visions effectivement plus sociales existent et contribuent également à la santé globale de chacun. Évidemment, le médecin généraliste est un acteur essentiel en prévention, les patients le disent, les autorités le disent. Les chiffres, que ce soit au Québec, en France ou en Belgique, montrent effectivement que l'accessibilité de la population vers le médecin généraliste est très grande et ce, en raison de son capital confiance, de sa proximité et de son impact. Souvent, les médecins d'ailleurs ignorent cet impact qu'ils ont sur leurs patients. Bien évidemment, il y a beaucoup d'obstacles au développement de la prévention à partir des médecins généralistes, et pour favoriser l'ancrage dans la pratique des médecins généralistes. Ces constats existent depuis plus de vingt ans en Belgique et, malheureusement, sont toujours d'actualité.

Les résistances des médecins sont effectivement liées au savoir et à la médecine, à l'organisation que cela demande pour développer une pratique préventive ou dans un esprit de promotion de la santé, et aussi à la difficulté de pouvoir gérer tout cela dans une relation avec le patient. Les difficultés sont donc beaucoup plus profondes qu'uniquement à la formation de base ou la formation continue des médecins. Une grande difficulté est que la prévention n'est pas visible, et c'est là un des freins qu'ont les médecins. Un autre est d'avoir assimilé des bénéfices qui sont reconnus, alors que ces bénéfices changent au fil des années. Dans le doute, avec tous ces messages changeants et parfois contradictoires, les praticiens sont un peu réticents à en parler de manière claire et ouverte avec leurs patients. Ces difficultés font que même quand il y a des recommandations scientifiques qui sont bien balisées, les recommandations informelles des leaders d'opinion, tant parmi les médecins spécialistes que parmi les médecins généralistes, ont beaucoup d'impact sur les pratiques des médecins généralistes. Il faut effectivement pouvoir d'abord convaincre les leaders d'opinion de la profession que telle recommandation scientifique est souhaitable et demande à être développée, avant de pouvoir convaincre le médecin généraliste que ces recommandations sont nécessaires.

A propos des vaccins, en Belgique, de nombreux acteurs de soins vaccinent les enfants. Les médecins généralistes ont tendance à penser que d'autres pourront procéder à la vaccination, et ainsi démissionnent de leur responsabilité sur ce point. Le seul domaine où ils ont pris conscience de l'importance de leur rôle concerne la vaccination contre la grippe des personnes de plus de 65 ans, et grâce aux campagnes médiatiques et à l'uniformisation des messages, le taux de couverture augmente doucement chaque année.

L'organisation pratique est évidemment un obstacle à la prévention. En effet, comment gérer un échancier avec des rappels d'examens préventifs sans un minimum d'aide administrative pour soutenir le médecin ? Les approches préventives demandent du temps, coûtent de l'argent, mais tout reste surtout une question de priorité.

Il semble que l'obstacle principal à la prévention soit la médecine, du moins la logique curative par laquelle sont formés les étudiants. Cette logique demande effectivement un diagnostic, un traitement et un résultat souvent immédiat. En médecine préventive, et encore plus en promotion de la santé, cette logique ne prévaut pas, mais il s'agit plus d'une logique de démarche où, souvent, il n'y a pas de résultat visible. Les médecins cliniciens, habitués à être gratifiés par les résultats de leurs pratiques cliniques, ne sont pas intéressés par la prévention. Pour faire avancer le débat, il faut vraiment un tout autre chemin, notamment à partir de la représentation sociale que se font les médecins de la prévention.

Concernant le paiement, dans ma pratique clinique, je ne suis pas rémunéré à l'acte, mais au forfait. Le paiement est fait par les assurances maladie invalidité en fonction du nombre de patients inscrits dans notre centre. Ainsi, tous les mois, une enveloppe budgétaire est fixée et permet de rémunérer les soignants. Pour ma part, je suis rémunéré à l'heure, pour une journée de dix heures, et ce, que je fasse des consultations, des visites à domicile, que j'anime ou assiste à une réunion. Ce financement global au forfait, bien utile, n'est donc pas lié aux actes curatifs. Cela facilite la prévention.

Les relations avec le patient ne sont pas très simples. En effet, souvent, les médecins sous-estiment les demandes des patients, et d'un autre côté, s'introduire dans la vie privée des gens, pour discuter

contraception, préservatif, fidélité, infidélité conjugale, n'est pas tout à fait le même débat qu'habituellement.

Par ailleurs, il y a toujours ce fantasme chez le médecin que la prévention, c'est ne pas fumer, ne pas boire, ne pas grossir, ne pas trop rouler en voiture, etc. Tous ces « ne pas » font aussi que la prévention connote globalement chez les médecins des négatifs, des interdits qui ne sont pas trop enthousiasmants. Il serait beaucoup plus gai d'apprendre à vivre dans la joie, dans la bonne humeur, dans le partage. Une approche positive des messages de santé susciterait beaucoup plus l'adhésion des médecins, comme elle suscite d'ailleurs l'adhésion du public.

À partir de ces constats, toujours d'actualité, a été mise en place une méthode participative, et proposé de travailler d'abord avec des associations de médecins. Heureusement, les choses changent, les jeunes générations imaginent très facilement de travailler en association, pas nécessairement en maison médicale, mais en association certainement. Au sein de l'association, il leur est proposé de désigner un responsable de la prévention qui, parfois, devient aussi un responsable de l'assurance qualité. Ce responsable deviendra l'interlocuteur privilégié et c'est avec lui que des liens seront créés, afin de pouvoir accompagner chacun de ces groupes à développer des projets de prévention. Ce travail est également réalisé avec des associations volontaires où des délégués des cellules prévention sont nommés, devenant ainsi le lien au sein de leurs institutions. Ces petits groupes de personnes sont coachés de manière intensive, de manière à les aider aussi à désamorcer très tôt tous les obstacles que leurs collègues vont exprimer. Dans les premières étapes, tout part aussi du subjectif des praticiens, de ce qu'ils pensent qu'il est utile de développer dans leur pratique et ce, afin de les amener des soins curatifs vers l'éducation thérapeutique, de l'éducation thérapeutique vers la médecine préventive, de la médecine préventive vers la promotion de la santé. En pratique de médecine générale, le point de départ reste le soin curatif donc, pour parvenir à la promotion de la santé, la barre est souvent placée bien haut. Tout est mis en œuvre pour avoir un travail rigoureux, des démarches d'assurance de qualité, de faire un travail transdisciplinaire, en respectant la sensibilité des acteurs et des patients.

En Belgique, il existe la Ligue des usagers des services de santé, mise en place il y a quelques années à partir d'associations de patients venant de maisons médicales. Il est nécessaire de diffuser ce qui est fait, de sorte que les acteurs puissent dépasser leurs propres obstacles. Les généralistes ont besoin d'un environnement médiatique favorable et que les patients soient informés par des campagnes médiatiques. Quand ce sujet est abordé un peu avec les patients, il est surprenant de voir leur intérêt. D'ailleurs, un texte de 1996 rappelle que l'Ordre des médecins accepte volontiers et est même favorable aux rappels d'examen préventifs par les médecins aux patients. Malgré cela, il y a peut-être moins de 2 % des médecins qui le font, qui envoient un courrier pour rappeler un examen préventif, ce n'est pas du tout dans les mœurs.

Les difficultés sont donc connues et identifiées. Ces projets sont si relatifs quand la question est abordée suivant l'angle de la santé et non la maladie, quand est prise en compte l'importance des inégalités sociales, pour la promotion de la santé. Pour développer des projets de prévention, il est nécessaire de mettre à plat les valeurs sous-jacentes visant à être développées (solidarité, justice sociale, marchandisation de la santé). Dans le cas contraire, et si la prévention n'est abordée que d'un point de vue de la technique médicale ou médicalisée, très vite arriveront des enjeux et des difficultés qui auront été sous-estimés. La prévention n'est quand même pas valorisée, dans un monde où le modèle dominant reste celui de l'hôpital avec la médecine curative hyperspécialisée, y compris en termes de financement des actions puisque le budget consacré à la prévention ne concerne qu'1 % du budget.

TABLE RONDE : Perception du parcours de prévention

Claude DREUX, Président du Comité d'éducation sanitaire de pharmacie

Le Comité d'éducation sanitaire de la pharmacie est un organisme de l'Ordre des pharmaciens qui a pour but d'inciter les pharmaciens à participer aux campagnes de prévention et d'éducation pour la

santé. Il n'existe pas l'équivalent pour les médecins en France, ce que je regrette parce que, selon moi, la prévention est une affaire collective. En France, tout est basé sur le médecin généraliste, alors qu'ils sont peu nombreux et n'ont pas le temps. Pour toucher tous les usagers, il est donc nécessaire de faire appel à tous les professionnels de santé.

Patrick VUATTOUX, Médecin généraliste à Besançon

Les médecins généralistes sont essentiellement dans le soin de problèmes aigus, et sont en situation démographique délicate actuellement. Pour autant, ils ne laissent pas le champ de la prévention, cela fait partie de leurs compétences. C'est un travail interprofessionnel, et les maisons de santé pluridisciplinaires sont un terrain favorable pour donner toute sa dimension à la prévention.

Un intervenant, Médecin urgentiste

En ce qui concerne la prévention, se pose le problème du financement des actes de prévention. Le paiement à l'acte est complètement inadapté à ce type de prise en charge globale dans l'environnement des patients, et le forfait semble très intéressant. Je souhaite demander à Jean Laperche si, lorsqu'il part rencontrer les parents d'élèves, ces autres confrères apprécient son absence. Partagent-ils cet engagement pour la prévention ?

Jean LAPERCHE

Parmi les médecins généralistes pratiquant à l'acte, il y a également des militants de la prévention, notamment parce que certains actes préventifs sont remboursés. La difficulté est de prendre le temps d'une plus grande discussion autour justement de la négociation avec le patient.

Pour combler ces lacunes, nous avons obtenu des financements ponctuels de l'État par projet. Ainsi, un projet nommé « l'implantation du dépistage du risque cardiovasculaire global » se développe pour la communauté française de Belgique. Les associations volontaires de médecins généralistes pratiquant à l'acte qui s'engagent dans ce projet sont rémunérées. Ceci permet d'essayer de contourner les difficultés liées au paiement à l'acte, sans nécessairement entrer dans un paiement global. Toutefois, avec le recul, on peut constater que le développement des actions de prévention est quand même plus grand quand le paiement est cohérent par rapport à la démarche. Néanmoins, on constate aussi dans des maisons médicales volontaristes payées au forfait qu'il y a encore des résistants anti-prévention. Travailler sur la santé des patients et sur les résistances, en dehors de ces différences de paiement, débouchera sur un débat constructif.

Bertrand GARROS

Aujourd'hui, pour la première fois en France, nous sommes capables d'associer très précisément une patientèle à un médecin individuellement. De ce fait, nous pouvons raisonner très différemment des méthodes que nous avons l'habitude de suivre jusqu'à présent, et donc imaginer de nouvelles formes de rémunération. Cela ouvre des champs très nouveaux sur un travail qui pourrait se faire dans les années qui viennent.

Jean-François BAYET, CNAMTS

Il est évident que les objectifs, les diagnostics sont assez largement partagés, tant sur les enjeux et moyens mis en œuvre au Québec, que sur la situation décrite de l'activité du médecin généraliste en Belgique. La notion de responsabilisation des patients, le *self-care* pour les québécois, la participation active du patient à la prise en charge de sa santé, la notion d'information des assurés, la notion de partage des tâches sont des orientations tout à fait stratégiques pour l'Assurance Maladie.

Le principe d'infirmières conseil en matière de prévention, tel qu'il est mis en œuvre au Québec, est particulièrement intéressant. En France, une des clés pour le développement de la prévention est justement une meilleure organisation, une meilleure utilisation des ressources du système de soins, et notamment les transferts d'activité entre professionnels. L'intervention que nous aurons sur les maisons de santé pluridisciplinaires sera une belle illustration de ce que nous pouvons faire dans ce domaine.

Par ailleurs, l'Assurance Maladie essaye d'être positive, volontariste, mais aussi réaliste. Les difficultés de l'exercice quotidien dans les cabinets de médecine générale et l'importance de la demande sociale en première ligne sont connues. Le développement de la politique de prévention fait partie des orientations stratégiques de l'Assurance Maladie, mais il est important de bien définir de quoi il est question. En effet, il s'agit bien de la prévention, selon les termes de la loi du 4 mars 2002, qui vise à contribuer à améliorer l'état de santé de la population, à éviter ou à retarder l'apparition de maladies et de leurs complications, à favoriser aussi les comportements individuels ou collectifs dans le sens d'une meilleure responsabilisation. Nous sommes bien sur le champ de la prévention médicale, et non sur le champ de la prévention au sens large sur les autres déterminants de santé.

En matière de gestion des risques, la prévention est le socle de toute politique de gestion du risque. C'est un élément majeur pour l'Assurance Maladie de la régulation du système, mais aussi de la régulation des coûts de santé, et c'est en ce sens que l'Assurance Maladie en fait une de ses priorités. Notre système de soins comprend un domaine de soins curatifs et de soins préventifs. Une des caractéristiques du système français est le déséquilibre entre ces domaines du soin. L'enjeu de tout un chacun, et l'enjeu de ces journées aussi sont d'essayer de voir dans quelle mesure nous pouvons renforcer, dans le système de soins, la place des soins préventifs.

Par rapport aux parcours de soins, au sens de la loi de réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004, et de la Convention médicale négociée avec les syndicats médicaux, les parcours de soins comprennent les soins de prévention. En ce sens, les parcours de prévention font partie intégrante des parcours de soins. Ils sont dans la même logique, et il n'y a pas de juxtaposition des deux dispositifs à prévoir. Effectivement, il est nécessaire de développer, au sein du parcours de soins, les soins de prévention. L'objectif que nous partageons est que le parcours de soins reste le plus longtemps possible un parcours de prévention, et qu'en cas de pathologie chronique, le parcours de soins comporte un volet prévention protocolisé, conséquent, visible.

Un cadre législatif clarifie quand même les champs d'intervention des différentes parties prenantes. D'une part, une loi de santé publique qui fixe des objectifs, définit des programmes, les conditions de leur mise en œuvre. Et puis, des leviers par lesquels l'Assurance Maladie va décliner ses objectifs en s'appuyant donc sur les dispositions qui sont celles de la loi de l'Assurance Maladie, à savoir un renforcement de la coordination des soins, notamment la coordination assurée au niveau des soins de premiers recours, la possibilité de protocoliser de façon plus formelle certaines prises en charge, notamment dans les pathologies chroniques sur la base de référentiels établis par la Haute Autorité de santé, la possibilité de développer l'information des assurés en matière de santé et d'accès de soins, et notamment aux soins de prévention, la possibilité aussi pour l'Assurance Maladie de mettre en place des dispositifs d'incitation financière visant à responsabiliser les acteurs, les professionnels, mais également des assurés en termes de niveau de remboursement, et la possibilité de partager des informations entre les professionnels de santé prenant en charge un patient par le biais, plus tard, du dossier médical personnel, mais également par la mise à disposition de l'historique des remboursements dès lors que le patient autorisera le professionnel qu'il consulte à accéder à cet historique. Par rapport à ces orientations, à ces dispositions législatives, l'Assurance Maladie négocie avec les professions de santé et dans chacune des conventions, il y a un volet prévention qui comporte des engagements des médecins.

L'un des objectifs de l'avenant n°12 est quand même essentiellement de consolider le premier niveau de recours aux soins, et notamment la place du médecin généraliste en première ligne et de façon prioritaire et visible, si possible, pour la population dans le domaine de la prévention. En cohérence avec les objectifs de santé publique, nous avons des engagements des médecins en matière de dépistage du cancer du sein, en matière de iatrogénie médicamenteuse chez les personnes de plus de 65 ans, de prévention de facteurs de risques au cours de la grossesse, de prévention des facteurs de risques cardiovasculaires, d'obésité chez les adolescents. A ce stade, l'Assurance Maladie s'efforce d'accompagner ces engagements sous forme d'actions de communication vis-à-vis des médecins et des assurés, sous forme d'échanges personnalisés avec les médecins visant essentiellement à rappeler les recommandations sur lesquelles s'appuient les engagements de la convention. Pour aller au-delà, dans le cadre d'un avenant en cours, il a été convenu que, pour les années 2007 et 2008, les actions seraient poursuivies sur ces mêmes thèmes,

mais en introduisant une nouveauté importante, à savoir une déclinaison individuelle des objectifs, accompagnée d'un retour d'information personnalisé aux médecins sur les résultats constatés dans leurs propres pratiques. Ceci permettra au médecin notamment de situer sa pratique dans une thématique par rapport à celle d'un groupe de référence, et par rapport aux objectifs collectifs, notamment de la loi de santé publique.

Pour le dépistage du cancer du sein, l'information qui sera mise à disposition des médecins, sur une période de deux ans, sera le nombre de femmes de la tranche d'âge 50-74 qui aura eu une mammographie, rapporté au nombre de femmes de la tranche d'âge dans la patientèle du médecin. L'objectif cible est que, dans trois ans, 80 % des femmes de la tranche d'âge aient un examen de dépistage, ce taux est à 66 % aujourd'hui. Pour la vaccination anti-grippale chez les personnes âgées, l'objectif est que 75 % des personnes bénéficient de cette vaccination, ce qui nécessite un gain de 12 points par rapport à la situation actuelle. Sur les iatrogénies médicamenteuses, l'objectif est de diminuer de 10 % le nombre de personnes ayant une prescription de benzodiazépine à demi-vie longue, de diminuer de 10 % le nombre de personnes ayant des prescriptions de vasodilatateurs. Les médecins auront régulièrement, à partir d'un diagnostic, d'un état de leurs pratiques, des informations sur leur situation et celle de leurs confrères par rapport à l'objectif.

Dans le domaine de la prévention cardiovasculaire, plus particulièrement du diabète, l'Assurance Maladie souhaite améliorer la prise en charge des patients diabétiques en s'appuyant notamment sur des dispositions nouvelles, à savoir les dispositions de la loi de financement 2006 de la Sécurité Sociale, qui légitime l'Assurance Maladie à développer des dispositifs d'accompagnement des patients, pour ne pas dire de *coaching, disease management*. La première de ces actions, dans le domaine du diabète, s'appuiera sur les médecins généralistes en première intention, mais également les médecins spécialistes concernés, et sur une participation pressentie, souhaitée en tout cas, des associations de malades.

Marie-Laure LEPOMMELEC, Secrétaire générale de la Ligue des diabétiques de France

Nous avons créé des maisons du diabète qui sont des structures d'accueil destinées à faire de l'éducation thérapeutique pour les diabétiques de type II, en particulier. Nous avons envoyé sur le Val-de-Marne à peu près 1 400 à 1 600 courriers à tous les médecins généralistes du département, et avons eu deux réponses en retour. Le médecin généraliste fait un frein alors qu'il sait qu'il existe des structures. Ces dernières ne sont pourtant pas faites pour le concurrencer, mais ce transfert de compétences sera l'actualité de demain. Pourquoi les médecins traitants mettent-ils un frein à nous envoyer leurs patients, des personnes qui ont besoin d'un accompagnement en éducation thérapeutique qui, justement, prévient les complications qui coûteront plus cher ? Pourtant, vous le disiez vous-même, ils n'ont pas le temps, pas les moyens, et ne sont pas rémunérés pour cela. Selon moi, une intelligence est à débloquent rapidement. Nous pourrions bien nous gargariser de conférences et de discussions à n'en plus finir, le patient, lui, pendant ce temps-là, ne sait pas qu'il existe ces structures, ne sait pas qu'il peut en bénéficier et reste avec ces complications. Certains diabétiques arrivent chez nous avec des hémoglobines glyquées à 13,14, sans aucune réaction de leur médecin traitant, et sans en parler avec lui. Il devient urgent de se pencher sur ce genre de question parce que, in fine, le patient est la victime de ce genre d'attitude.

Patrick VUATTOUX

Le patient a quand même le choix, et reste maître de son choix. Le médecin traitant a un rôle de conseiller, d'accompagnant. Pour cela, il utilise les moyens à sa disposition, notamment les autres professionnels de santé. De plus en plus, en effet, nous travaillons dans l'interprofessionnel, mais tout en respectant la volonté du patient.

Christian SAOUT, CISS

Je suis chargé d'exprimer la parole des usagers du système de santé. Pour cela, j'ai travaillé modestement et sommairement six principes de philosophie préventive. Mais je dois avouer qu'après avoir entendu les propos de la caisse d'Assurance Maladie, je rajoute assez volontiers un septième principe de philosophie préventive, que je mets tout de suite au premier rang, c'est celui qui consiste à dire « rompons avec l'immobilisme actif ». Nous expliquer que l'avenir de la

prévention toute entière tient dans la magnificence de l'avenant n°12 de la Convention médicale me sidère.

Le premier principe de philosophie préventive est l'autonomie de la personne. Si nous ne commençons pas par installer cela comme grand principe fondamental, nous ne gagnerons pas dans la prévention avec la normalisation des comportements et des individus. Nous ne gagnerons pas dans la prévention si nous continuons à imposer d'en haut des principes éducatifs. La vie des gens n'est pas comme cela, nous sommes tous des grands résistants à l'éducation et aux normes. L'intervention de la personne de la maison du diabète m'a, comme Monsieur Vuattoux, beaucoup inquiété. La question n'est pas pourquoi vous ne nous envoyez pas, les gens sont libres. Selon moi, dans la prévention, un postulat est absolument essentiel, à savoir le souffle moteur de la liberté, et aucun d'entre nous ne voudrait que nous le perdions.

Le deuxième est le renforcement des capacités des personnes. En effet, nous avons chacun nos capacités face à des enjeux de santé, à les tenir ou à les retenir ou à les pratiquer de manière plus ou moins forte. Ce renforcement commence par donner l'information et le savoir. Sans cela, nous n'aurons pas plus d'effets dans la prévention.

Le troisième élément est le droit au choix. Dans la prévention, il y a deux dimensions, la dimension individuelle, celle de la consultation avec le médecin, de la rencontre, et la dimension collective, celle notamment du travail fait avec les associations et d'autres acteurs d'éducation à la santé. Des besoins différents en matière de prévention peuvent trouver une réponse individuelle à un moment donné, et être traités parfois dans une dimension collective.

Le quatrième principe est pour moi celui de la logique de continuité face au séquençement ou à la multiplication des consultations de prévention. Les discussions autour de la Convention médicale se sont passées entre les pouvoirs publics et les médecins, les usagers ont été complètement mis hors jeu. Dans cette convention, nous demandons que cesse cet empilement de consultations de prévention, mais qu'il y ait plutôt une certaine continuité.

Le cinquième principe, qui se distingue un peu de celui de la logique de continuité, concerne la logique de continuum ou d'intégration de la prévention et de la promotion dans la logique de soins ou de santé. En effet, il est nécessaire d'avoir une approche globale de la personne, depuis la prévention jusqu'à la prise en charge, en passant par le soin et le social.

Le sixième et dernier principe de philosophie préventive réside dans l'aspiration à beaucoup de modestie. D'abord parce que ce n'est pas en multipliant la dépense de prévention que les systèmes de soins curatifs vont basculer en système de prévention.

La modestie est nécessaire parce qu'il y a des inégalités de santé extrêmement présentes sur le champ de la prévention, dues à de nombreuses causes extérieures au système de santé lui-même. Ensuite, il faut beaucoup de modestie parce qu'il n'existe pas de recette en termes de prévention, cela se saurait. En cas de problèmes, s'aligne en face une ligne de réponses téléphoniques, puis une cellule d'appui psychologique ou de soutien psychosociologique, peut-être que maintenant, nous ajouterons un DVD, expérience présentée par Monsieur Perreault. Il faut se méfier de notre esprit qui consiste à isoler les recettes, les recopier ou les répéter. Probablement que la recette réside plutôt par ce qui a été dit par un certain nombre d'acteurs, ici présents, à savoir l'évaluation et le suivi des choses pour lesquels il est impératif d'avoir des critères partagés. Les critères isolés par les pouvoirs publics ou par l'Assurance maladie ne nous intéressent pas plus. Il est nécessaire certes que des objectifs et critères soient fixés, mais il faut que les principaux acteurs soient pleinement impliqués dans la fixation de ces critères et objectifs.

Pour conclure avec l'Assurance maladie, notamment sur l'avenant en cours de négociation sur l'éducation thérapeutique, il faut savoir que cet avenant inclut effectivement un certain nombre de patients diabétiques. Néanmoins, cela ne se fera pas sans une rétribution aux médecins qui percevront la somme de 10 € pour prescrire cinq séances d'éducation thérapeutique pour le diabète. Où en est l'évaluation de l'avenant n°12 ? Avant de négocier l'avenant n°21 qui consacre l'éducation thérapeutique dans une faculté d'initiation par le médecin français pour 10 €, quelle réappropriation y a-t-il eu par les pouvoirs publics de l'avenant n°12 ? Quand je parle de modestie, je parle d'évaluer et de regarder les résultats avant de décider de faire un nouveau pas. Le principe de modestie me paraît extrêmement important dans la prévention.

Une intervenante, Responsable adjointe relation professionnelle de santé, Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Vous représentez une association d'usagers, je m'occupe des appels d'offres, notamment de tout ce que nous versons aux associations, tous les ans, pour faire de la prévention. J'exerce en Basse-Normandie, et cette année, les associations ont quand même fait plus de 5 M€ de demandes de subventions. Elles concernent les thèmes du plan régional de santé publique, mais aussi d'autres thèmes que l'Assurance Maladie n'avait pourtant pas retenus.

Nous avons mis en œuvre un nouveau dispositif « Aime tes dents » qui rend obligatoire le dépistage dentaire à 6, 9, 12, 15 et 18 ans. Nous préparons actuellement une action avec l'Éducation nationale, et nous réalisons des plaquettes pour 19 000 enfants du département parce que nous voulons les toucher. Nous allons sur le terrain, ainsi le 20 avril à Rennes, la Caisse nationale, et quatre autres caisses, ont réalisé des expériences dans des ZEP, pour des enfants de six ans. Le taux de participation est passé de 13 à 60 % pour le bilan.

En ce qui concerne le cancer du sein, nous pouvons aller voir les médecins traitants et leur donner, en accord avec la CNIL, le nom des femmes qui n'ont pas fait leur mammographie afin qu'ils puissent intervenir auprès d'elles.

François BAUDIER

Dans la loi de santé publique, il est proposé un dispositif d'examen périodique, mais qui s'est focalisé sur les personnes âgées. Je souhaiterais que Carole Cretin puisse nous expliquer un peu comment se positionne cet examen dans le parcours de santé, et la raison pour laquelle l'accent a été mis sur cet examen périodique focalisé sur cette tranche d'âge.

Carole CRETIN, DGS

Avant de répondre à cette question, je souhaite dire que, pour la Direction générale de la santé, le défi majeur de la prévention est l'intégration de tout et de tous.

De tout, c'est-à-dire tous les outils, tous les dispositifs dans un système complexe, et qui se complexifie de jour en jour, un système lié à l'organisation sanitaire, mais aussi politique, associative, financière de notre pays, et dont nous devons prendre en compte les contraintes.

Je pense nécessaire la réflexion sur la forfaitisation, sur la nécessité d'avoir une pérennisation des actions et ne pas devoir faire des dossiers tous les ans qui les associations, qui les acteurs, qui les structures, pour avoir une organisation des soins, à la fois dans la continuité et dans *le continuum*, donc une intégration de l'ensemble des acteurs dans la pluridisciplinarité. Je ne crois pas que le médecin généraliste soit le seul acteur de la prévention. Il est l'un des acteurs, mais ils sont nombreux et l'organisation entre eux est importante. L'intégration des formations, l'intégration des outils, surtout en essayant de ne pas s'opposer les uns les autres. L'intégration avec les représentants des associations d'usagers ou des patients est l'un des enjeux majeurs dans l'organisation du système de santé, et c'est l'un des défis qui nous est proposé en permanence.

Cette intégration du préventif, du curatif, de la réadaptation sociale, mais aussi l'intégration afin d'éviter d'opposer la santé publique d'un côté et la sécurité sanitaire de l'autre. La santé publique c'est global c'est-à-dire que c'est la sécurité sanitaire, c'est l'organisation de la prévention primaire, ce sont des outils à destination des professionnels de santé, ce sont des logiciels qui vont aider à avoir des retours d'information et une évaluation des dispositifs...

Dans le dispositif législatif tel qu'il a été mis en œuvre par les représentants des citoyens, il est proposé des consultations de prévention. La difficulté technique effectivement réside dans le fait de voir s'accumuler des textes. Cela risque d'être difficilement réalisable. La prévention n'est pas qu'une question de « rendez-vous » de consultation à un âge donné, mais d'évolution des comportements, d'actions continues, d'actions pour améliorer la qualité de la vie, tant du point de vue individuel que collectif, avec des phases différentes tout au long de la vie, et tout cela doit être pris en compte dans une organisation de santé publique.

Les institutions ont, néanmoins, des demandes très précises comme une consultation de prévention à 70 ans et pour les 12-13 ans. Ces actions ont été proposées par la Conférence de la famille.

De façon expérimentale, la consultation de prévention pour les 12-13 ans est en place depuis un, an elle ne fonctionne pas de manière optimale d'un point de vue quantitatif, et nous ne connaissons pas encore l'aspect qualitatif. Celle des personnes âgées de 70 ans se mettra en place dans les semaines à venir, dans trois départements. L'objectif est de pouvoir obtenir une évaluation et un retour d'information afin de savoir comment les professionnels de santé la mettent en œuvre et se l'approprient, mais aussi comment les citoyens la reçoivent et se l'approprient. Il est effectivement important que cette population soit prise en compte dans une politique de prévention, mais les consultations de prévention, selon moi, ne doivent pas devenir la clef de voûte de la politique de prévention, mais celle-ci doit se décliner plutôt une optique d'intégration, de continuité et de changement des comportements. Une récente enquête auprès des médecins généralistes montre que les actes de prévention pour lesquels les médecins généralistes se sentent les plus opérationnels sont par exemple le dépistage des cancers ou la vaccination, c'est-à-dire des actes très techniques et identifiés. En revanche, lorsqu'il s'agit d'agir sur les conduites addictives par exemple, qui nécessite effectivement que la prévention s'inscrive dans une démarche d'éducation de changement de comportements privés des personnes, ils restent beaucoup plus réticents. C'est sur ce point qu'il nous faut réfléchir pour, très concrètement, construire, ensemble, cette organisation de prévention et de santé publique.

Une intervenante, Infirmière

Je suis infirmière depuis environ trente ans, et je voulais apporter un petit témoignage. A l'école, j'ai appris que la prévention et l'éducation à la santé sont très importantes, et je me suis appliquée, pendant des années, à donner beaucoup d'informations aux patients. Aujourd'hui, je passe 50 % de mon activité à remplir des données informatiques ou écrire sur de nombreux dossiers, au détriment de cette information nécessaire à transmettre aux patients et je le regrette. Par ailleurs, le temps de partage et d'explication aux patients reste très limité. Souvent, ils repartent avec des traitements assez compliqués, sans aucune explication, d'où de nombreux effets secondaires et parfois des situations assez dangereuses. Les médecins hospitaliers sont dans la même problématique, à savoir beaucoup de temps passé aux tâches administratives, et des visites faites au pas de course. Selon moi, la prévention demande du temps, beaucoup d'explications, mais aujourd'hui, cela n'est plus possible.

Un intervenant, Union française pour la santé du pied

J'ai cru, en venant ce matin, qu'effectivement nous étions aux assises de la prévention, et depuis ce matin, je n'entends parler que du médecin généraliste. J'aimerais rappeler aux personnes de la CNAM et aux responsables de l'INPES que la santé n'est pas le monopole du médecin généraliste, mais qu'elle passe aussi par les infirmières, les kinésithérapeutes, les orthophonistes, mais aussi les podologues dont on ne parle jamais. Il paraît difficile de mettre en œuvre une politique de prévention en renforçant le rôle du médecin généraliste, alors que l'on sait tous qu'il n'en a pas le temps, pas les moyens, et qu'il n'est pas toujours bien formé pour cela. L'association que je représente a été créée il y a cinq ans, et a décidé de se battre pour faire prendre en compte aux Français l'intérêt d'avoir des pieds en bonne santé. Concrètement, il s'agit des pieds des enfants, mais aussi des 15 000 amputations par an du pied diabétique, ou des 12 000 chutes par an chez la personne âgée. Je tenais juste à rappeler que d'autres acteurs prennent le temps pour être à l'écoute de leurs patients, et font partie du dispositif de prévention. Pour exemple, la semaine dernière, l'Union française pour la santé du pied a tenu ses 3èmes Assises de la prévention, 500 courriers ont été adressés et nous n'avons vu personne de la CNAMTS ni de l'INPES. A titre d'information, les 4èmes se tiendront à Paris, peut-être aurons-nous le plaisir et le bonheur de les y accueillir.

Patrick VUATTOUX,

Je travaille dans une maison de santé pluridisciplinaire, il est donc hors de question, pour moi, de vous dire que le médecin généraliste a le monopole de la prévention. Il s'agit, bien entendu, d'un travail interprofessionnel. Je rappelle quand même que le médecin traitant est défini comme le médecin généraliste qui, lui, est le spécialiste des soins primaires, la prévention faisant partie de

son champ de compétences. Sa spécificité est la prise en charge du patient dans sa globalité, c'est-à-dire l'organe, l'individu et l'environnement.

Vous connaissez tous le problème démographique actuel, les problèmes d'installation des médecins, la féminisation de la profession, mais aussi la forte demande de qualité de vie. Le médecin généraliste fait de la prévention, en s'inscrivant notamment dans les dépistages de masse organisés. Il fait de la prévention à son niveau, mais est complètement submergé par les demandes de soins, ce qui l'empêche d'avoir une approche plus préventive.

Il n'y a pas de consultation spécifique de prévention actuellement en médecine générale, sauf dans le cadre d'expérimentation. Tout le monde fait partie de la prévention, les parents des enfants, les grands-parents, le paysage, la société, etc. Il n'empêche que le repérage des besoins, en association avec les autres professionnels, sanitaires et sociaux, peut être fait par les médecins généralistes, il faut utiliser ce levier. Le médecin traitant, comme beaucoup d'autres, est un professionnel de proximité, et cela est une valeur ajoutée qui est très importante, c'est-à-dire que cela empêche d'avoir des actes préventifs complètement séparés du contexte de soins. Cela fait partie d'un tout et c'est très important, la proximité est capitale. Bien entendu, la relation de confiance est instaurée et préexiste avec le patient, et c'est important pour avoir un impact sur le phénomène de la prévention. Le suivi et la coordination seront assurés dans le même temps, c'est-à-dire qu'on a une histoire passée, on a une histoire future, on a un contact dans le temps, et tous les objectifs qui sont fixés, en accord bien entendu avec son patient, pourront être suivis à travers les actes de soins. Donc la prévention n'est pas un élément ponctuel, mais c'est un élément continu dans le temps.

Dans la consultation de soins, le patient est centré sur sa demande, il lui faut donc une réponse précise. Dans la consultation spécifique de prévention, l'approche est complètement différente, le professionnel et le patient prennent le temps de se poser, de se fixer des objectifs pertinents pour l'avenir, pour la prévention. Mais il faut quand même garder à l'esprit que le souci principal est de parvenir à toucher les gens qui en ont le plus besoin.

Dans le cadre d'une expérimentation en Franche-Comté, nous mettons en évidence le couple médecin généraliste/infirmière qui est vraiment un couple qui donne une valeur ajoutée à ce champ, parce qu'ils ont des champs de compétences complémentaires. Ce sont deux professionnels de proximité. Il y a une notion de suivi continu avec ces mêmes professionnels, en dehors de la consultation spécifique de prévention, parce que nous retrouvons ensuite les gens dans le soin. Le problème du temps a été abordé aujourd'hui, et c'est là justement l'objet de l'expérimentation. En effet, en partageant ce temps, ne pouvons-nous pas faire quelque chose ensemble qui tienne un peu la route ? Le médecin généraliste comme l'infirmière sont effectivement surchargés, mais si chacun peut donner un peu de son temps, de façon coordonnée, n'y a-t-il pas là moyen de faire une véritable consultation spécifique de prévention ?

On m'avait demandé de réfléchir sur les articulations en amont et en aval de cette consultation spécifique de prévention. En amont, il est évident que tout professionnel de santé (kinés, médecins traitants, généralistes, infirmières, travailleurs sociaux), mais aussi les Caisses, pourront travailler avec les professionnels qui définissent la consultation spécifique de prévention. En aval, les articulations sont possibles. Le médecin généraliste n'est pas le détenteur du savoir universel en médecine, il travaille en collaboration avec des associations et d'autres professionnels. Ces liens existent aujourd'hui de façon informelle, il nous faut travailler pour les rendre plus formels et durables.

Les limites de la consultation spécifique de prévention existent. D'abord, le patient qui peut ne pas avoir envie, alors comment le convaincre ? Ensuite, les craintes de certains professionnels libéraux, et sur ce point, il faut rassurer les professionnels et apprendre à travailler ensemble. Enfin, s'il n'y a pas de reconnaissance de cette consultation spécifique de prévention, il n'y aura pas d'engagement, même si ce n'est pas le facteur exclusif limitatif.

Pour conclure, la consultation spécifique de prévention réalisée par le médecin traitant s'intègre naturellement dans le parcours de soins du patient. Il ne s'agit pas d'une chose surajoutée, et cela doit se faire naturellement. La consultation spécifique de prévention est rendue possible grâce à un travail interprofessionnel. Ici, nous mettons en évidence le couple infirmier/médecin traitant, mais le couple reste ouvert et s'inscrit dans une coopération multiprofessionnelle d'amont et d'aval.

Quels contenus et quelle place pour la consultation de prévention dans le parcours de santé ?

Claude MICHAUD, Union régionale des caisses d'assurance maladie de Franche-Comté

Le sujet spécifique de la consultation de prévention est un élément important puisque présent dans l'article 10 de la loi de santé publique de 2004 : « *Sont prévues des consultations médicales périodiques de prévention et des examens de dépistage* ». La terminologie existe dans la loi et il faudra bien, à un moment ou à un autre, traduire cette volonté politique en actes concrets.

Pour alimenter la réflexion de ce que pourraient être les contours de cette consultation de prévention, Monsieur Treppoz présentera les propositions de la MSA sur la périodicité de ces consultations de prévention. Madame Colombet et Monsieur Vuattoux présenteront, quant à eux, les propositions concernant le contenu de cette consultation de prévention à travers des outils d'aide à la décision. Enfin, trois témoignages montreront les articulations possibles avec d'autres acteurs pour mettre en place cette consultation de prévention.

**Une consultation de prévention rythmée par des âges clés ?
« La consultation de prévention par le médecin généraliste.
Nouvelle approche mise en œuvre par la MSA : modalités et évaluation. »**

Hervé TREPPOZ, Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA)

Depuis dix ans, la CCMSA réalise des consultations de prévention en s'appuyant sur le médecin généraliste. Nous avons essayé d'avoir une approche globale de l'individu par le médecin généraliste.. Les classes d'âge concernées étaient les 16-24 ans et les 35-65 ans, soit au total 4 consultations de prévention, à raison d'une tous les 10 ans. A noter que rien n'était prévu pour les 25-34 ans. L'objectif à l'époque, et encore plus aujourd'hui, était de prévenir les risques, mais en les ciblant beaucoup plus que cela ne se faisait auparavant.

Nous faisons confiance aux médecins généralistes, et pour les avoir rencontrés au cours des derniers dix-huit mois, il est possible d'affirmer qu'ils font réellement de la prévention mais en l'intégrant dans la prise en charge des soins. Dans notre consultation de prévention nouvelle formule, nous invitons les médecins généralistes à recevoir nos adhérents afin qu'ils puissent aborder avec eux ce qu'ils n'évoquent pas habituellement dans une consultation de soins. Nous ne souhaitons plus nous situer dans une approche globale, mais dans une approche complémentaire de la prévention que fait le médecin généraliste de façon spontanée.

Pour les 16-24 ans, il s'agit de leur adresser un questionnaire et de leur demander de se rendre chez leur médecin traitant. Il faut bien avouer que cette approche consistant à inciter des adolescents à se rendre spontanément chez le médecin généraliste ne fonctionne pas bien. Le taux de participation, situé entre 5 et 7 %, est mauvais, c'est la raison pour laquelle cette approche sera complètement revue à partir de 2008.

Pour les 35-44 ans et 45-54 ans et les 55-65 ans, le taux de participation est relativement correct puisqu'il approche les 30 % de la population concernée.

Nous ajouterons deux classes d'âge en 2008 : les 25-34 ans et les 65-74 ans.

Notre nouvelle consultation, applicable à toutes les classes d'âge de 25 à 74 ans à partir de 2008 se veut donc très ciblée, et ainsi, nous demandons au médecin, pour les 25-34 ans et les 35-44 ans, de s'intéresser plus particulièrement aux facteurs de risques cardiovasculaires. D'autres sujets pourront, bien entendu, être évoqués dans le cadre de cette consultation, si le médecin le souhaite.

Les classes d'âge 45-54 ans et 55-64 ans sont plus centrées sur les dépistages des cancers. Pour les 65-74 ans, la consultation portera plus sur les facteurs de risques liés à la dépendance.

Tous les dix ans donc, une consultation personnalisée gratuite, sans avance de frais, est proposée aux adhérents. Cette consultation est financée par notre fonds de prévention, et pour information, la somme versée au médecin correspond à 1,5 C.

Donc, de 25 à 74 ans, la procédure est la suivante : Envoi d'un autoquestionnaire puis, avant la consultation auprès du médecin généraliste, réalisation d'un bilan pré-médical intégrant un bilan biologique et des examens complémentaires réalisés en fonction de réponses à des questions discriminantes. Il s'agit notamment : d'un audiogramme, d'une exploration fonctionnelle respiratoire, d'une tonométrie à flux d'air ou d'autres examens, notamment chez les fumeurs.. Muni de ce bilan et de l'auto-questionnaire que nous lui adressons, l'adhérent se rend chez le médecin généraliste.

L'auto-questionnaire est court, simple, et basé sur le principe de questions starters, c'est-à-dire qu'une question est posée sur un sujet, et nous comptons sur le généraliste s'il le juge opportun d'approfondir la question. Cela évite des questionnaires trop abondants, lourds, pas toujours très opportuns, et pas toujours très bien remplis. Ce questionnaire compte une cinquantaine de questions. Il est accompagné d'un document d'aide au remplissage à l'adresse du patient. Un document technique est par ailleurs adressé au médecin généraliste. Ce dernier lui apporte les éléments éventuellement nécessaire à l'analyse des examens complémentaires : audiogramme, exploration fonctionnelle respiratoire, utilisation d'une grille d'Amsler. Il est à disposition du généraliste qui en fait ce que bon lui semble.

L'évaluation montre que les gens qui participent à cette consultation de prévention ne sont pas plus médicalisés que ceux qui n'y participent pas. En moyenne, de 5 à 8 actes (C+Cs+V/an) par patient et selon la classe d'âge de 25 à 74 ans. L'expérience prouve par ailleurs,, qu'il est difficile de sensibiliser les personnes qui n'ont pas un suivi régulier et pour lesquelles la consultation de prévention serait tout particulièrement pertinente.

L'évaluation montre également que les participants manifestent un besoin de réassurance à 70 ans, mais aussi à 50 ans voire plus jeunes. Pour eux, et l'on peut en discuter d'un point de vue médical, revérifier le cholestérol est toujours utile. Pour preuve, nous avons, pendant un temps, supprimé le bilan lipidique pour les 55-65 ans, en se disant que le médecin généraliste le prescrivait, et nous avons constaté immédiatement une baisse du taux de participation à nos consultations de prévention. Ceci montre que la population attend cette réassurance, attend que le médecin découvre une pathologie qui lui aurait « échappé » lors de la consultation précédente.

Bien évidemment, notre approche est différente et consiste à pratiquer des dépistages systématiques de facteurs de risques en prenant la responsabilité d'être éventuellement redondant, à repérer les besoins en éducation en santé ou en éducation thérapeutique ou en dépistage des cancers...Nous demandons donc au médecin de repérer, puis, si nécessaire, de hiérarchiser les besoins en prévention. Si le médecin ne dispose pas de la disponibilité nécessaire pour l'éducation de son client, nous lui proposons de la faire à sa place puisque nous avons une organisation qui le permet. Nous proposons notamment pour les personnes âgées des ateliers sur la polymédication, le sommeil, la nutrition, l'activité physique, les organes des sens, etc.

On constate par ailleurs, une certaine ambiguïté entre prévention et consultation de soins. Chez notre adhérent. En effet, les personnes viennent à cette consultation de prévention et en profitent pour faire renouveler leur traitement ou au contraire profitent d'un renouvellement de traitement pour « faire faire » la consultation de prévention.. Par ailleurs, la disponibilité et le discours des médecins sont jugés hétérogènes par nos adhérents.

Si l'on veut être schématique nos enquêtes ont montré que 50 % des médecins sont un peu indifférents à la consultation de prévention, 25 % y sont clairement opposés et 25 % y sont favorables et s'impliquent pleinement dans ce domaine. Ils ne sont donc majoritairement pas contre le principe de la consultation de prévention, il s'agit même pour eux d'un nouvel espace qui reste à investir. Toutefois, ils ont un problème de disponibilité, de surcharge du travail, lié à la démographie médicale et parfois de « sensibilité » à la santé publique

Il existe par exemple, une certaine confusion chez les médecins entre facteurs de risque, dépistages, prévention. Nous avons tenté, lors d'une expérimentation, de les inciter à faire, auprès de leurs patients, des « prescriptions » d'éducation en santé, (les ateliers déjà évoqués). Très clairement, cela n'a pas fonctionné et nous sommes contraints, pour la généralisation, de notre nouvelle approche, en 2008, de revenir en arrière. Une prescription de prévention, notamment une prescription d'éducation en santé, n'a pas été perçue par le médecin généraliste comme quelque

chose de tangible et d'utile.. Peut-être n'avons-nous pas suffisamment communiqué, mais en tout état de cause un large travail reste à faire dans ce domaine. Ils ont par contre, peu de réticence sur la rémunération qui leur est versée (1,5 C).

Les médecins nous ont également demandé d'atteindre ceux qui en ont vraiment besoin, qui sont en rupture avec le système de soins. Cette demande est parfaitement légitime, mais elle est difficile à mettre en œuvre. Il est assez simple de repérer les personnes qui ne consultent pas, mais derrière, et comme cela a déjà été dit précédemment, les personnes restent tout à fait libres de ne pas se soigner, et à plus forte raison de ne pas faire de prévention.

L'informatisation de la procédure est aussi une demande sur laquelle nous travaillons et qui devrait être mise en place courant 2008. Par ailleurs, nous avons cherché à réaliser cette consultation dans un cadre plus structuré. En effet, aujourd'hui, la consultation de prévention est « encadrée » par des consultations de soins, c'est-à-dire située entre le traitement d'une angine ou d'une hypertension artérielle.. Ceci représente un handicap indiscutable à un bon fonctionnement du système, la gymnastique intellectuelle que doit réaliser le médecin n'est pas propice à la qualité de la démarche. Nous en sommes parfaitement conscients. Néanmoins, lorsque nous avons demandé à des représentants de médecins généralistes si ceux-ci étaient disposés à consacrer un temps spécifique à une consultation de prévention, cela a été rejeté très clairement parce que ça bouleversait leur organisation habituelle. Cet argument est effectivement recevable notamment en milieu rural où la démographie est souvent plus alarmante que dans les villes.

Débat dans la salle

Une intervenante

De quelle éducation parlez-vous quand vous évoquez l'éducation en santé ?

Hervé TREPPOZ

Nous avons une activité de prévention relativement développée, et nous menons des actions d'éducation thérapeutique dans le domaine cardiovasculaire depuis dix-huit mois. Nous avons construit des ateliers d'éducation en santé sur la personne âgée, proposés à tous nos adhérents de plus de 60 ans, portant sur des sujets tels le sommeil, l'activité physique, la nutrition, les organes des sens, l'ostéoporose, etc. Ces ateliers sont réalisés par des animateurs préalablement formés, et l'idée est de demander au médecin généraliste de prescrire ces ateliers s'il juge que son patient en a besoin. Évidemment, tout repose sur la base du volontariat, et le patient y participe s'il le souhaite. Sur les quelques milliers de dossiers, nous n'avons pratiquement pas eu de prescription de ce type. Nous continuons donc à proposer ces ateliers à nos adhérents, d'en informer les médecins généralistes, mais nous ne leur demandons plus de les prescrire.

Une intervenante

Pour les plus jeunes, vous dites que ce que vous avez mis en place ne fonctionne pas. Avez-vous des idées sur ce que vous pourriez leur proposer ?

Hervé TREPPOZ

Nous sommes actuellement en train de finaliser les actions pour les autres classes d'âge. Nous y travaillerons surtout l'année prochaine, et sommes ouverts à toutes les bonnes volontés.

Il est certain que le passage obligé par le médecin généraliste reste un frein, d'autant qu'en milieu rural, c'est le médecin du père, de la mère, ce qui complique les choses sur le plan relationnel. Même si le secret est bien gardé, même si le médecin généraliste a toutes les compétences, il existe quand même des réticences. Nous allons donc probablement ne plus mettre le médecin généraliste en première ligne. Très sincèrement, je ne peux pas en dire plus parce que notre réflexion n'est pas suffisamment avancée. Nous avons essayé d'organiser ce type de consultation dans des lycées agricoles, en collaboration avec un médecin vacataire, et en raccrochant cela à un sevrage

tabagique. Nous avons eu quelques problèmes administratifs avec le ministère concerné, mais qui pourront certainement s'arranger.

Une intervenante

Je viens du département des Alpes-Maritimes, et nous avons mis en place, dans le cadre de santé des jeunes, une consultation pluridisciplinaire ouverte le soir. Effectivement, c'est une consultation avec une ouverture gynécologique, nutritionniste ou diététique. Des professionnels se réunissent ce jour-là et le jeune peut rencontrer la personne qu'il souhaite. A partir de cette première rencontre, il est adressé à d'autres professionnels. La première évaluation de ces consultations mises en place depuis peu donne des résultats extrêmement intéressants.

Hervé TREPPOZ

Effectivement, il faut certainement profiter du fait que cette population est à un endroit précis. Il est possible ainsi de la contacter plus facilement et lui expliquer ce qui lui est proposé.

Pol-Henri GUIVARC'H, Fondation Cœur et Artères

Cette présentation est assez fascinante parce que vous avez mis en oeuvre un projet global, une offre de prévention. Il est surprenant que les médecins traitants ne profitent pas de cette offre pour aider leurs clients, en prévention, on ne peut pas parler de patients.

Il est possible de dépister des facteurs de risque, mais que fait-on ensuite, en aval, pour diminuer ce risque ?

Quelle est l'utilisation faite par vos assurés de ces ateliers ? Quel est le pourcentage des personnes venant prendre avantage des ateliers que vous proposez ?

Hervé TREPPOZ

Les médecins ont une part de responsabilité dans le fait qu'ils ne réagissent pas forcément très bien aux actions d'éducation en santé, mais nous avons la nôtre. En effet, nous étions en phase expérimentale et n'avons peut-être pas suffisamment été explicites. Nous tirons actuellement les conclusions de notre expérimentation et réfléchissons sur la façon dont nous devons communiquer avec les médecins.

Par ailleurs, nous évaluons également l'impact de notre action sur l'éducation thérapeutique. Cette évaluation est faite dans le cadre d'ateliers indépendants, avec l'accord du médecin généraliste qui prescrit et fait un diagnostic éducatif. Cette évaluation est en cours, je ne peux donc pas communiquer de résultats très précis. De même, l'impact des ateliers seniors sur l'éducation en santé est en cours d'évaluation.

Jean-Yves FATRAS, Responsable du centre d'examen de santé de la Caisse Primaire de l'Assurance Maladie de la Haute-Garonne à Toulouse

Je m'étonne un peu de notre absence dans les propos de ce matin, notamment dans la présentation faite par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Il me paraît important de souligner que les centres d'examen de santé travaillent sur ces sujets depuis extrêmement longtemps, avec cependant un choix différent de celui de la MSA. Depuis longtemps, nous croisons en Haute-Garonne, dans le Sud du département, une zone très rurale, nos collègues de la MSA, et nos rapports sont excellents et tout à fait respectueux de la qualité de leur travail de réseau.

Le fait que le temps de prévention soit distinct du temps habituel de suivi ou de soin est un élément de méthode important. Le patient nous rencontre dans un champ neutre, il bénéficie, en une fois, de l'ensemble de la prestation qui, d'habitude, lui prend énormément de temps, pour un coût représentant la moitié de ce que cela lui coûterait en ville. De plus en plus, les centres d'examen de santé développent des activités qui permettent aux patients d'avoir accès à un certain nombre d'éléments de prévention, mais aussi pour ceux dont les membres de la famille sont atteints de maladie chronique ou qui ont besoin d'un soutien psychologique, de trouver dans ce même endroit une palette de services et un plateau technique de qualité.

Selon moi, il ne faut pas opposer les systèmes. La mise en place de la consultation de prévention par les médecins traitants pose un certain nombre de questions, notamment en termes de

disponibilité, et de motivation. Environ 20 % d'entre eux sont vraiment motivés, il nous faut proposer aux autres des services qui leur facilitent la vie. Il est vrai que la médecine générale c'est lourd, difficile, mais, en même temps, c'est très intéressant. La prévention est légitime, mais ne passionne pas tous les médecins de ville. En revanche, en dehors des médecins généralistes, elle passionne tous les professionnels de santé avec qui nous travaillons de façon très intéressante. Le développement des réseaux en lien avec les différents régimes et autour peut-être de structures fixes permettrait de mutualiser des moyens. Il y a là des pistes intéressantes à explorer avec, bien entendu, toutes les questions sur la logique du paiement de l'acte et la possibilité de consacrer beaucoup de temps à des activités aussi difficiles que celles-là.

Une consultation de prévention suivant quels protocoles et recommandations, avec quelles aides à la décision ? « Faisabilité d'une consultation expérimentale de prévention structurée par le système EsPeR »

Isabelle COLOMBET, INSERM Paris

Monsieur Houssin a insisté sur l'importance d'un défi majeur de la prévention : diminuer la mortalité prématurée. Il faut savoir qu'un cinquième des décès avant l'âge de 65 ans est lié à des causes qui relèvent d'interventions en amont des soins curatifs. Les causes de cette mortalité prématurée relèvent soit de risques liés à des comportements individuels, soit de problèmes d'optimisation de l'organisation du système de soins (dépistage, prise en charge des facteurs de risques cardiovasculaires). Au total, ces deux groupes de cause de mortalité évitable représentent près de 50 % de la mortalité prématurée. Dans le domaine de la prévention cardiovasculaire, par exemple, en tenant compte des données scientifiques disponibles, les facteurs de risque sont bien identifiés. Plusieurs interventions efficaces, jusqu'à un âge avancé, existent et ont un niveau de preuve totalement satisfaisant. Depuis quelque temps, les seuils de diagnostic et de traitement sur ces facteurs ont été abaissés, ainsi une fraction considérable de la population peut prétendre au bénéfice de ces interventions et d'un traitement médicamenteux. La question ne se pose donc plus tellement en termes d'efficacité d'une médecine individuelle, mais plus en termes d'une démarche de politique de santé publique. On arrive ainsi à l'efficience.

Faire que le médecin généraliste soit le pivot d'une activité de prévention organisée amène à le considérer comme un acteur de santé publique avec tout ce que cela comporte de changement de raisonnement, et tenant compte de contraintes majeures. L'utilisation de systèmes d'aides informatisés peut accompagner efficacement cette modification des pratiques médicales. Une revue systématique publiée récemment a analysé l'ensemble des études d'intervention ayant évalué le bénéfice d'aides à la décision. Une forte proportion de celles dont les objectifs cliniques touchent à des rappels concernant le dépistage, des vaccinations, la prise en charge de la prévention du risque cardiovasculaire ou la prise en charge du diabète montre un bénéfice pour modifier les pratiques médicales et les pratiques de dépistage et de prévention.

Je vous présente aujourd'hui les résultats d'une expérimentation conduite à l'aide du système EsPeR, qui avait pour objectif d'évaluer la faisabilité d'une consultation de prévention définie dans un cadre expérimental a priori, et plus particulièrement d'évaluer auprès des médecins et des patients l'acceptation et l'utilité perçues de cette consultation et d'un système d'aide informatisée pour structurer cette consultation.

EsPeR (Estimation Personnalisée des Risques) est un outil accessible via Internet. Une première présentation, pour un médecin utilisant ce système, vise à l'interpeller pour sa démarche de prévention en lui présentant une sorte de paysage épidémiologique local à partir des dix premières causes de décès pour une population d'âge, sexe et de région correspondant à celles des caractéristiques du patient qui est en face de lui et ce, pour lui permettre d'appréhender quel risque évaluer en priorité. Le repérage ciblé de ces risques doit amener à des actions de prévention, dépistage à orienter en priorité en suivant des recommandations de bonnes pratiques. L'outil permet de structurer cette démarche en donnant au choix des outils de repérage, et en connectant sur les

résultats de ces repérages des recommandations de bonnes pratiques issues de recommandations de la Haute Autorité de la Santé, par exemple, qui sont informatisées en fonction du profil du patient. Le protocole de cette expérimentation a reposé sur une collaboration étroite avec le collège national des généralistes enseignants qui a permis de recruter une soixantaine de médecins, auxquels on a proposé une formation initiale présentant le protocole et l'outil d'aide informatisée EsPeR. On leur a proposé de programmer et de réaliser dix consultations de prévention sur une période de trois mois, dont le cahier des charges devait concerner des patients d'une tranche d'âge de 45 à 55 ans. Huit thèmes étaient présélectionnés dans l'outil EsPeR en vue de leur évaluation, de repérage des risques et, si besoin, d'accès à des recommandations d'action de prévention. Ces thèmes étaient représentés essentiellement par le tabac, le tabagisme, la consommation d'alcool, le risque cardiovasculaire et le dépistage des cancers. Il leur était demandé de remettre au patient des documents imprimés à partir du site et, pour évaluer la consultation, de renseigner un questionnaire d'évaluation en ligne pour valider cette consultation.

Au total, cinquante-trois médecins généralistes enseignants, dotée d'une certaine ancienneté de pratique, ont été inclus. Ils ont renseigné dans EsPeR 498 consultations, répondu à 444 questionnaires d'évaluation, essentiellement des questions à réponses fermées avec quelques commentaires possibles, mais les interrogeant sur le déroulement de la consultation.

Ils ont remis à leurs patients, de manière systématique, des questionnaires patients qui nous ont été retournés par 340 patients, soit un taux de réponse de 69 %. Là, les questions étaient essentiellement à réponses ouvertes, le patient était interrogé sur sa réaction à la proposition de consultation et son appréciation de la consultation. 32 entretiens semi-directifs ont également été conduits par une sociologue avec les médecins. Les caractéristiques des patients vus en consultation étaient un ratio sexe équilibré, une moyenne d'âge de 50 ans, des patients avec un certain risque cardiovasculaire, notamment plus important chez les hommes.

Concernant le déroulement de la consultation, la durée déclarée par les médecins avait une médiane de 35 minutes, 50 % des consultations se situant entre 30 et 45 minutes, on note une forte variabilité inter médecins et une forte variabilité de la répartition des différents temps de la consultation (interrogatoire, prise en charge, conseil). Parmi les huit thèmes qu'il était recommandé d'aborder, au moins au stade de repérage des risques, les thèmes les plus choisis ont été le risque cardiovasculaire, sachant que ce thème-là englobe l'hypertension artérielle, la prise en charge de dyslipidémie et le diabète, le dépistage des cancers côlon, sein, etc. En médiane, quatre thèmes ont pu être traités par les médecins au cours de cette consultation.

En termes d'éléments intervenus pendant cette consultation, les médecins déclarent avoir utilisé la présentation des dix premières causes de mortalité inévitable comme un support de communication. Ils ont d'une manière générale remis des documents aux patients ; ils en ont, dans une moindre mesure, archivé dans leur dossier ; et dans certains cas, plutôt une minorité, ils ont conduit une prescription de laboratoire ; et dans beaucoup de cas, ils ont eu le temps de prodiguer des conseils hygiéno-diététiques.

Concernant les avis émis par les médecins sur cette consultation, lors des entretiens semi-directifs, ils ont été sensibles à l'intérêt et à la concentration des patients au cours de la consultation, et à une certaine interactivité avec la possibilité d'une médiation de l'écran, avec cet outil d'aide à la décision. Cela a été l'occasion d'apaiser certaines inquiétudes chez certains patients. Ils ont également souligné un certain effet de surprise, quant à la détection de problèmes qui étaient souvent occultés, la possibilité de verbaliser pour les patients autour de sujets souvent jugés sensibles et qui avaient été peu abordés jusqu'alors. En tout cas, ils ont été nombreux à souligner le caractère inhabituel de cette démarche, partant d'une proposition et d'une consultation.

A noter quelques aspects négatifs. La consultation a été en moyenne jugée très longue, et parfois un peu chaotique avec un manque de fluidité liée à des difficultés d'utilisation de l'outil en consultation, quand ils étaient peu familiarisés avec cet outil. Ils ont parfois été gênés par la nécessité de gérer le stress des patients par rapport à l'évocation de certains risques, et la difficulté d'aborder, à l'inverse, des problèmes que les patients n'étaient pas toujours prêts à aborder.

Il nous est apparu important de se pencher sur la réaction des patients dans cette démarche. La sociologue qui travaillait avec nous, n'étant pas médecin, représentait un peu le point de vue patient. Elle s'est attachée à recueillir et à analyser dans le détail ces questionnaires. Elle a été

frappée par un certain nombre de points marquants et nouveaux relevés par les patients, notamment le fait que ce soit le médecin qui prenne l'initiative ; une longueur inhabituelle de consultation avec un interrogatoire renforcé ; des thèmes abordés également inhabituels ; un interrogatoire familial parce que c'était un des modules de l'outil d'aide à la décision qui est de structurer l'histoire familiale du patient pour en déduire un certain nombre de risques personnels ; une certaine globalité de l'approche et la multiplicité des paramètres pris en compte, donc un apport global de la prévention ; l'utilisation de données statistiques sur les risques, et une certaine tonalité de l'entretien qui a été plutôt appréciée.

Il est difficile de conclure à une faisabilité de la consultation de prévention puisque c'était un cadre expérimental. En revanche, il est certain, compte tenu des données scientifiques, qu'une prévention opportuniste, un peu à la demande du patient et quand on a le temps, n'est plus justifiable à l'heure actuelle. Cependant, les décisions d'actions de prévention-dépistage nécessitent une discussion du bénéfice et des risques de ces actions, notamment en termes de test de dépistage ; tout cela prend du temps. Un cahier des charges trop lourd peut clairement détourner le dialogue médecin/patient de problèmes sociaux, relationnels qui sont, eux aussi, déterminant pour la santé.

Si elle est faisable, cette consultation de prévention doit probablement être très strictement définie, organisée et encadrée, impliquant probablement d'autres professionnels de la santé. Et pourquoi pas la structurer avec un outil informatisé puisque cela a été démontré dans beaucoup d'autres domaines ; l'informatique peut parfois faciliter le travail à condition de savoir s'en servir.

Expérimentation d'une consultation spécifique de prévention dans le cadre d'une maison médicale pluridisciplinaire avec l'aide du logiciel PPP

Patrick VUATTOUX

L'histoire de l'outil que je vais vous présenter remonte à environ trois ans. A l'époque, il y avait encore des médecins référents qui avaient dans leur charte une ligne marquée prévention. Un groupe de médecins référents de Franche-Comté s'est réuni et a fait une démarche qualité, accompagné d'un professionnel de IRDQ, un qualiticien. Ils ont choisi de construire un outil, le logiciel « PPP » (Plan de Prévention Personnalisée), l'objectif étant d'aider ces médecins dans une consultation dédiée spécifiquement à la prévention. Cet outil était disponible pour les médecins traitants, mais aucun ne l'utilisait. Pour ma part, je fais partie d'une maison pluridisciplinaire et en discutant avec l'animateur du groupe de travail, il nous est venu l'idée de partager la tâche, en faisant en sorte que les infirmiers puissent participer à cette consultation de prévention. Une nouvelle expérimentation, financée par le FAQSV de Franche-Comté, a ainsi pu voir le jour.

Dans le cadre de cette expérimentation, en cours depuis un mois et demi, la population ciblée était les 50-75 ans. Pour sélectionner les personnes, un partenariat a été mené avec la Caisse, et la maison de santé dispose d'un outil informatique permettant de repérer les âges et les dernières consultations. En effet, l'autre critère était de choisir les patients qui n'avaient été vus depuis plus d'un an. D'où l'importance de l'informatisation des cabinets, si on veut enclencher ce genre de travail.

Dans un premier temps, les patients sont vus par un infirmier ou une infirmière de l'équipe qui interviendra jusqu'à l'établissement du profil de risque du patient, ce temps infirmier permettant de guider le patient. Il y a eu beaucoup de freins qui ont fait que le patient n'est pas venu de lui-même, mais il est venu suite à une convocation écrite ou un contact téléphonique. L'infirmier est très intéressant parce qu'il permet d'aiguiller le patient sur ce que va être la consultation de prévention du médecin, c'est-à-dire que le médecin ne va pas être confronté à la gestion d'une demande. Bien entendu, le médecin reste ouvert à tous problèmes exprimés par son patient et peut remettre la consultation de prévention s'il voit que ce n'est pas possible et qu'il est obligé d'arriver dans le soin.

L'outil utilisé est celui qui a été conçu par ce groupe de médecins généralistes. Une partie concerne le déroulement naturel de la consultation (nom, prénom, sexe, etc.). Ensuite, plusieurs possibilités existent. Ainsi, on trouve toute une série de pathologies pour lesquelles les médecins du groupe de

travail ont trouvé intéressant de dépister les facteurs de risque. En fait, il s'agit de facteurs de risque sur lesquelles il nous est possible d'avoir une action, ou de dédier à d'autres puisque nous sommes dans le pluridisciplinaire. Les pathologies pour lesquelles les facteurs de risque sont à chercher peuvent être les cancers, les suicides, l'addictologie, le diabète, l'obésité, les pathologies dentaires, les vaccins et pathologies liées aux vaccins.

Le questionnaire comprend plusieurs chapitres. Le premier vise à voir si le patient a une tendance dépressive ou pas. Un autre concerne sa situation sociale, sa profession, son mode de vie. Un autre porte sur les habitudes sexuelles. Là, les questions sont plus délicates à poser, et le médecin ne doit pas être emprisonné dans un outil qui doit être une aide apportée aux professionnels. Un autre traite des antécédents familiaux et personnels, éléments très importants dans une consultation de prévention. Dans la rubrique « personnalité et comportements divers », on trouvera les tatouages, le piercing, le statut vaccinal.

Pour l'examen physique, on parle de travail interprofessionnel. En effet, il y a, en quelque sorte, délégation des tâches entre le médecin et l'infirmier qui, par exemple, a été formé pour la recherche de leucoplasie buccale. Cette façon très intéressante de travailler donne du lien dans une équipe. Un des objectifs est aussi de comparer ce que les infirmiers et les médecins ont trouvé, et d'étudier les différences. L'infirmier délivrera, par exemple, une ordonnance de biologie à tout patient dont la dernière consultation remonte à plus d'un an. Ainsi, la rencontre avec le médecin interviendra dans un second temps, ce dernier ayant tous les renseignements pour avoir le profil de risque au plus juste.

Là, intervient l'étape charnière de cette consultation de prévention. Le médecin dispose des profils de risques du patient, il a donc un aperçu et va travailler essentiellement sur les pathologies à risques importants ou risques majorés. Il va pouvoir faire un plan de prévention personnalisé avec son patient, l'outil propose des conseils écrits mais il est hors de question de rester enfermé dans cet outil. Le médecin choisit avec le patient les actions à entreprendre, deux ou trois objectifs paraissent suffisants. Ces objectifs sont fixés pour une durée d'un an, puisque cette même consultation sera refaite au bout d'un an. L'outil permet d'avoir un tableau récapitulatif des actions menées et à mener. Il peut être intéressant de le remettre au patient afin qu'il participe aussi à sa prise en charge. Il n'est pas un spectateur, mais doit être acteur.

Quelques critiques peuvent être apportées, notamment qu'avec le temps, certaines choses sont obsolètes, que ce logiciel PPP ne soit pas intégré dans le logiciel du médecin généraliste ou de l'infirmier. Des mises à jour restent à prévoir, l'outil doit être amélioré.

En tout état de cause, cet outil permet un travail inter professionnel avec délégation de tâches au maximum. Il calcule automatiquement le profil de risque et permet de pondérer les facteurs de risque par rapport aux pathologies. Il est une aide aux conseils pour atteindre les objectifs visés. Il respecte au mieux les éléments validés, même s'il faut se souvenir qu'une décision thérapeutique, quelle qu'elle soit, n'est pas seulement le fruit d'éléments validés, elle est fonction aussi du patient et de son vécu, du médecin et de son vécu. On y trouve la synthèse des actions avec la notion d'avancer et d'aider le patient.

La motivation du soignant a été abordée précédemment, et il est vrai que la prévention n'est pas très motivante pour un médecin qui a l'habitude de faire « spectaculaire », c'est-à-dire de guérir en patient se présentant avec une pathologie. Selon moi, c'est là un des freins essentiels à l'engagement des médecins traitants dans la prévention. En travaillant de façon interprofessionnelle, il serait possible de parvenir à changer ces attitudes. L'utilisation de l'outil n'est pas l'objectif principal de l'expérimentation, mais un objectif intermédiaire. Bien entendu, l'objectif principal est l'amélioration de la prise en charge du patient qui reste l'une de nos obsessions.

Pour conclure, je dirais que nous, médecins traitants et autres professionnels de santé, devons bousculer nos habitudes de fonctionnement, expérimenter, évaluer, et nous organiser afin d'adapter des solutions aux problèmes identifiés.

Débat dans la salle

Michèle MUHLMANN-WEILL, Vice-présidente de l'Automobile club médical de France

L'Automobile club médical de France regroupe 20 000 professionnels de santé qui se sont donné comme objectif, depuis quelques années, de sensibiliser, former les médecins à l'aptitude médicale à la conduite.

Depuis ce matin, je n'ai pas entendu parler des accidents. L'intervenant québécois a insisté sur les remarquables progrès qu'a faits la France dans le domaine de l'accidentologie routière, mais ce sont des progrès qui sont liés à une politique préventive uniquement. Par contre, les aptitudes médicales à la conduite sont vraiment le domaine dans lequel nous attendons des progrès importants parce que la répression a ses limites.

On parle beaucoup de l'aptitude médicale à la conduite actuellement, mais les médecins ne sont pas concernés, et ne sont pas formés. A partir du moment où cela pourrait être gain, pourquoi ne pas aborder ce problème dans les consultations de prévention ? Il a été question de faire de consultations d'aptitude à la conduite tous les dix ans, puis chez les personnes de plus de 70 ans. Pour ces dernières, pourquoi ne pas l'intégrer à la consultation des personnes de 70 ans dont on a parlé ce matin ?

L'arrêté du 21 décembre 2005 parle des affections incompatibles avec le maintien du permis de conduire, indiquant notamment sept classes de pathologies. Il pourrait être un excellent guide pour le médecin généraliste lors de sa consultation de prévention. Malheureusement, il n'est pas connu.

Je souhaitais intervenir parce que très peu de médecins s'intéressent à la sécurité routière. Selon moi, avant d'en faire des lois, des réglementations et des interdictions, il serait mieux de commencer par régler ce problème d'aptitude médicale.

Patrick VUATTOUX,

L'État pourrait, par exemple, instaurer une consultation spécifique pour l'aptitude à la conduite à partir de 70 ans. Pour avoir participé à l'élaboration de la consultation proposée à 70 ans, il est vrai que l'approche n'est pas la capacité à conduire. Néanmoins, dans cette consultation, on étudie la vision, l'audition, le risque potentiel de chute, les troubles cognitifs, les risques vasculaires, un certain nombre de facteurs qui pourraient répondre à cette attente. Evidemment, après la consultation, le médecin ne peut pas décréter officiellement que son patient n'est pas apte à conduire.

Claude MICHAUD

Nous essayerons de faire prendre en compte aux médecins le lien entre ces repérages et les risques par rapport aux accidents de la route.

Laurence RICHARD, Pharmacienne d'officine et de santé publique

Vous avez parlé de complémentarité médecin/infirmier (ère), mais qu'en est-il des pharmaciens. Pour ma part, j'ai fait une étude de faisabilité du pharmacien en tant qu'éducateur pour la santé au sein d'une officine. Ma conclusion est qu'actuellement, c'est une utopie parce que le pharmacien n'est pas formé pour cela, et qu'il n'a pas le temps de pouvoir consacrer trente minutes d'entretien pour parler d'éducation pour la santé. Y avez-vous pensé ? L'officine est un lieu formidable, il y manque juste quelques salariés formés pour prendre le relais dans la complémentarité, et non dans la substitution.

Patrick VUATTOUX,

Mon intervention portait sur la consultation spécifique de prévention, mais il est évident que dans les articulations d'aval, il y a tous les professionnels. Pour information, de plus en plus de groupes d'échanges de pratiques professionnelles sont créés, et les pharmaciens, médecins, s'y rencontrent régulièrement. Dans l'éducation thérapeutique, le pharmacien a, bien entendu, une place privilégiée.

Daniel OBERLE

Avez-vous évalué le temps que pouvait prendre la consultation, tous professionnels confondus (médecin, infirmier ou autres professionnels) ?

Patrick VUATTOUX,

Pour une consultation spécifique de prévention totale, il faut compter une demi-heure infirmier, une demi-heure médecin. J'entrevois l'autre question qui suit, à savoir comment nous sommes rémunérés. En fait, tant pour l'infirmière que pour le médecin, cette durée de trente minutes est rémunérée sur la base d'un forfait de 30 €. Là, tout est discutable, mais dans notre fonctionnement, nous avons pris pour option que la rémunération soit la même, quel que soit le professionnel.

**Une consultation de prévention favorisée par des organismes partenaires ?
« Les attachés d'information de santé publique, exemple d'un lien
innovant entre les professionnels de santé et la prévention »**

Caroline DE PAUW

Au niveau de l'URML, une action a été mise en place depuis 2002 : les attachés d'information en santé publique. Il ne s'agit pas d'une consultation de prévention mais, d'une aide aux professionnels de santé, en leur apportant des connaissances en lien avec des ressources pratiques locales pour qu'ils sachent que ces ressources existent, qu'ils puissent déléguer quand cela s'y prête, et remettre à jour certaines connaissances. Ce projet a été mis en place dans le Nord Pas de Calais notamment qui, comme d'autres régions, voit une démographie médicale de plus en plus critique, des sollicitations grandissantes de la part des nombreux acteurs de la profession de santé (associations, réseaux) et de nombreuses contraintes. L'objectif est de faire une visite au cabinet médical du médecin généraliste mais aussi des autres professionnels de santé (pharmaciens, kinés, infirmiers). Une formation pratique a été mise en œuvre, afin de faire un rappel de connaissances. Nous nous efforçons de diffuser le même message, au même moment, afin que tous soient effecteurs simultanément. Ceci permet également aux utilisateurs directs de la ressource de faire remonter directement les problèmes qu'ils pourraient rencontrer, et ainsi améliorer la ressource directement.

L'URML a porté ce projet pour plusieurs raisons. Etant représentée au fonds d'aide à la qualité des soins de ville en tant que représentante des professionnels de santé libéraux, il est apparu intéressant que l'URML puisse faire le lien justement avec les infirmiers et les pharmaciens, peut-être un peu moins représentés au niveau institutionnel que les médecins libéraux. L'idée de l'URML est de pouvoir filtrer les demandes avec un Comité de pilotage, composé de professionnels de santé et d'institutions, de limiter les entretiens pour éviter de saturer ce mode de communication, de garantir l'éthique du message, de donner un même message au même moment, et d'évaluer la pertinence de la ressource de manière indépendante.

Deux expérimentations ont été menées. La première, sur deux ans, avec deux attachés d'information. Nous avons soutenu le lancement de dépistage du cancer côlon rectal avec des visites auprès des médecins généralistes, des gastro-entérologues et des pharmaciens qui étaient associés dans le Nord sur ce dispositif. Dans le Pas de Calais, nous avons soutenu le lancement du dépistage du cancer du sein en allant voir les gynécologues et les généralistes. Ce dispositif fonctionnait assez bien puisque 70 % des entretiens ont été acceptés par les professionnels. Nous avons donc essayé d'élargir l'expérimentation, avec une équipe de cinq attachés d'information chargée de couvrir des actions sur un an. Ainsi, en février 2006, nous avons pu soutenir cinq actions : une action régionale de dépistage des troubles du langage, un réseau de périnatalité dans une zone déficitaire dans le secteur de Cambrai, Valenciennes, Maubeuge, un petit réseau de soins palliatifs émergents pour voir l'effet d'une visite individuelle auprès des professionnels concernés sur le nombre d'entrées de patients, les intoxications au monoxyde de carbone sur une dizaine de communes du bassin minier, et un réseau sur le Lenois sur le syndrome de l'alcoolisation fœtale.

Nos attachés d'information sont tous diplômés de la visite médicale. Il ne nous est pas apparu nécessaire que ce des médecins ou des pharmaciens. Depuis trois ans, nous avons une remontée négative sur ce point parce qu'autant nous sommes en capacité de les former sur des thématiques de santé publique, autant nous le sommes moins pour leur donner des compétences en prises de rendez-vous et répartition géographique. Volontairement, les équipes sont mixtes, de sorte d'avoir le ressenti sur des sujets identiques, et les attachés d'information ont chacun une répartition géographique, à l'image des visiteurs médicaux.

Comment se déroule une action type ? Le comité de pilotage se réunit en début d'année et décide des ressources à soutenir dans l'année en cours. Ensuite, une programmation est faite, de sorte de ne pas rendre visite plus de deux fois à chaque professionnel. Un courrier annonçant le passage des attachés d'information est envoyé, suivi d'une prise de rendez-vous téléphonique. La visite a lieu, et si les professionnels ont posé des questions, des réponses leur sont toujours apportées en retour. Chaque attaché d'information doit remplir un rapport de visite que son entretien soit refusé ou accepté, ce qui nous permet d'avoir un ressenti de la visite ou des raisons de refus. Des rencontres régulières sont organisées avec les structures dont nous faisons la « promotion ». Evidemment, des points mensuels sont faits, et un comité de pilotage est chargé de suivre l'ensemble.

Au niveau des dépistages et troubles du langage, 3 400 professionnels, généralistes et pédiatres ont été contactés, et près de 63 % des entretiens ont été acceptés. Un des indicateurs importants pour mesurer l'intérêt des professionnels est la durée des entretiens. En effet, à partir de dix minutes, selon nous, l'entretien devient plutôt un échange. En fonction des thématiques, les médecins sont plus ou moins à l'aise et acceptent plus ou moins les entretiens. Par exemple, sur le syndrome d'alcoolisation fœtale, le taux d'acceptation des entretiens reste faible. Au niveau des réseaux, nous avons été agréablement surpris de constater que les professionnels de santé connaissaient, mais pas forcément le fonctionnement. C'est d'ailleurs souvent à cause de ce déficit que les médecins n'adhèrent pas aux réseaux. Par exemple, après notre passage, le réseau périnatalité qui, pourtant, fonctionnait depuis quelque temps, a obtenu 75 % de conventions signées avec les professionnels de santé.

Pour conclure, la plus-value de cette visite est qu'elle permet au message d'être transmis. En effet, il est intéressant de noter qu'entre 60 et 80 % des personnes ont rencontré les attachés d'information. Cela leur permet de répondre à des questions concrètes qu'ils se posent sur le terrain, d'améliorer les outils qui leur sont proposés, de lancer une dynamique, d'avoir un message aussi dont on garantit l'éthique puisqu'il est vérifié par les pairs. Une fois que cette dynamique est levée, le problème reste d'être à la hauteur de l'engouement qui a été suscité.

Pour 2007, le dispositif se poursuit, et nous allons soutenir l'action sur les effets de l'alcoolisation fœtale de manière régionale, la prise en charge du diabète sur les secteurs qui n'ont pas de réseau, une action sur la prise en charge de l'obésité de l'enfant chez les 3-4 ans. Nous allons soutenir le lancement du dépistage du cancer du côlon rectal dans le Pas de Calais, et essayer de voir l'impact d'une nouvelle visite sur le côlon rectal dans le Nord qui a des difficultés de participation dans sa deuxième campagne. Par ailleurs, nous réfléchissons sur la façon de diminuer les coûts (50 000 € par an et par attaché d'information). Toutefois, aujourd'hui, ce projet nous paraît suffisamment efficace pour continuer.

Débat dans la salle

Catherine SANFOURCHE, Généraliste

Avez-vous calculé le coût du passage par professionnel de santé ?

Caroline DE PAUW

Nous n'avons pas encore calculé ce coût à la visite. Etant donné la diversité des actions, la répartition ne paraît pas simple, mais nous devons absolument évaluer ce coût.

François BAUDIER

L'investissement sur la prévention se fait à travers un certain nombre d'avenants conventionnels qui ont été signés et sur un certain nombre de thèmes comme la prévention et le dépistage du cancer

du sein, toute une série de thématiques qui relèvent de la gestion du risque, mais aussi de la prévention. Comment vous articulez-vous avec les délégués de l'assurance maladie ?

Caroline DE PAUW

Nous travaillons en lien étroit avec l'URCAM, mais nous ne l'affichons pas lors de nos visites. Concrètement, nous nous accordons sur les thèmes à aborder. Notre avantage est que nous rendons visite à tous les professionnels, c'est aussi pour cela que nous poursuivons ce dispositif. Pour nous, l'idée est de faire une visite sur une thématique avec un message à intégrer, mais nous n'avons pas derrière cette notion de contrôle. Nos relations sont donc articulées et volontairement différenciées.

Emmanuelle LE LAY, INPES

Quels sont les documents ou supports que vous utilisez en visites ?

Caroline DE PAUW

Pour les réseaux de périnatalité, nous utilisons leur support de communication. Pour l'action sur l'obésité, nous utilisons les livrets réalisés par l'URCAM Nord Pas de Calais, des livrets INPES et les outils PNNS.

Une intervenante, Responsable adjointe aux relations avec les professionnels de santé et prévention, Caisse primaire d'assurance maladie

Les délégués de l'assurance maladie rendent visite aux médecins traitants, pharmaciens, mais ce n'est pas pour leur apporter de l'information médicale, comme vous, mais des chiffres sur leur activité, afin de faire de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Consultation de prévention en milieu étudiant

Lucie LEFEVRE, Vice-présidente SMEREP

Dans un premier temps, quelques chiffres vous montreront les besoins détectés chez les étudiants à travers les enquêtes menées en collaboration avec le FNORS et l'USEM. Ensuite, vous sera présenté le système des mutuelles en charge de la santé des étudiants. Dans une seconde partie, je vous présenterai l'exemple de la réponse adaptée que nous avons trouvée, la consultation de prévention.

En Ile-de-France, on compte 599 280 étudiants en Ile-de-France, ils sont 2,2 millions en France, et 63 % en université. En fait, ces chiffres sont très aléatoires par rapport à la représentativité vraiment étudiante, étant donné que ce sont les chiffres des établissements publics, que ceux des établissements privés ne sont pas intégrés.

Les étudiants, en matière de prévention, restent un peu le parent pauvre. C'est pour cette raison que les mutuelles étudiantes ont un grand rôle à jouer, plus particulièrement l'USEM (l'Union nationale des sociétés étudiantes régionales) qui permet de faire un lien entre les différentes SMER comme la SMEREP, la MGEL, la MEP, la SMEBA, la SMENO qui sont dans différentes régions de France, et qui n'ont pas toutes les mêmes spécificités.

L'organisation mutualiste étudiante est une implication des étudiants à toutes les étapes du processus. La délégation est donnée aux étudiants depuis 1948 pour gérer eux-mêmes leur sécurité sociale étudiante. Cela se passe à travers les Assemblées générales, les Conseils d'administration et les bureaux, c'est une vie démocratique faite par les étudiants, pour représenter les étudiants. Ce point est important, notamment pour une question de proximité, mais aussi pour dire que les actions mises en place sont organisées par des personnes qui connaissent très bien le terrain au niveau local.

L'USEM nous fournit une enquête tous les deux ans qui met en exergue toutes les préoccupations des étudiants. Les étudiants sont une population volatile, qui évolue souvent, qui n'a pas les mêmes requêtes, les mêmes attentes, les mêmes besoins, et évidemment nos actions sont réadaptées en fonction.

La SMEREP est la première mutuelle étudiante en Ile-de-France, qui a pour volonté l'accompagnement de l'étudiant vers son autonomie sanitaire. C'est pour cela qu'elle a développé un service de prévention, et mené des actions permettant vraiment de donner des clés à l'étudiant pour avoir une amélioration dans sa vie.

Ce service de prévention existe depuis 2001 et s'est développé autour des valeurs d'éducation de la santé. Il permet de mettre en place des actions sur le terrain avec des partenaires répondant aux besoins des étudiants, et de les évaluer. Concernant les besoins des étudiants, il existe la synthèse des résultats de l'enquête FNOR/CUCM. Les étudiants se jugent en bonne santé. Pour eux, les problèmes de santé et même de santé publique restent très loin. Ils se sentent un peu immortels par rapport à tous les dangers et tous les risques sanitaires contre les risques de santé qu'ils peuvent encourir. 35 % estiment qu'ils ont un vrai problème au niveau de la gestion du stress, 10 % de sommeil. Les thèmes les plus souvent cités sont l'abus d'alcool, le tabac, les drogues, la gestion du stress et autres. Des réponses adaptées ont été apportées, notamment les consultations de prévention qui sont ciblées en raison de la proximité que nous pouvons avoir avec l'étudiant, nous permettant de répondre assez justement à ses besoins et attentes.

C'est une organisation des actions d'éducation pour la santé, des réponses aux carences et problématiques rencontrées par les étudiants. Nous partons d'abord d'une grande sensibilisation, nous approfondissons et apportons des réponses spécifiques. Ensuite, nous apportons des réponses individuelles et des accompagnements. Tout ceci se fait évidemment via des partenaires médecine préventive et via des professionnels libéraux, diététiciens ou autres médecins généralistes. Ensuite, l'objectif de la consultation de prévention est de favoriser la prise en charge sanitaire des étudiants, de favoriser l'implication du généraliste dans le développement de l'action de prévention. Evidemment, cette consultation de prévention a des avantages pour les patients puisqu'elle donne une gratuité, une liberté de choix du médecin et une proximité, mais aussi des avantages pour les médecins généralistes parce que cela donne un cadre d'intervention clair, et des évaluations de service régulier. Un guide d'entretien permet une récurrence sur certains thèmes comme la prévention, la consommation de produits, la sexualité, la vulnérabilité psychique et la gynécologie pour les femmes.

L'évaluation de la consultation de prévention a été financée par l'URML et la SMEREP. Un questionnaire a donc été élaboré avec l'URM, il avait pour objectif de connaître la motivation et mesurer la satisfaction, ainsi qu'analyser la perception des praticiens et l'impact sur la relation avec les patients. Deux constats ont été faits sur les impacts et les recommandations. 45 % des étudiants estiment avoir changé de comportement grâce à ces consultations de prévention, mais 12 % des médecins ont vraiment constaté un changement. Selon moi, le langage entre les deux ne doit pas encore être tout à fait le même. Ceci dit, au niveau de la fidélisation, 25 % sont quand même retournés voir ce médecin, et 30 % disent qu'ils en feront leur médecin traitant. Le taux de renouvellement de cette consultation de prévention est de 42 %.

Bien évidemment, tout ce processus relève d'un partenariat fort et enrichissant avec l'URML. Quelque chose de nouveau existe dans la vie de l'étudiant. En effet, la consultation de prévention implique l'expression intime de l'étudiant parce qu'il a l'impression qu'au travers de cette consultation de prévention, on va plus vers lui. Il va même peut-être plus se confier que s'il allait voir son médecin traitant. Malgré ce qui a été dit, la consultation de prévention reste évidemment un moyen très important et prépondérant dans le parcours de santé.

Les perspectives sont de relancer une communication ciblée et des rencontres de mobilisation avec les médecins généralistes, adapter les consultations de prévention aux besoins des étudiants d'autres régions, avec les mutuelles étudiantes régionales comme la MGEL, la MEP, SMEBA SMENO, SMERAG, via le groupe de travail USEM.

Débat dans la salle

Aline VIGNEAUX, Médecin inspecteur, Pyrénées Orientales

Nous travaillons avec l'université, et notamment avec les mutuelles des étudiants, sur un projet de prévention sur l'université de Perpignan qui compte 10 000 étudiants. Quelle articulation avec le service de médecine universitaire ? Les consultations de prévention devraient être le lot commun et la pratique habituelle des médecins scolaires, médecins de PMI, médecins universitaires. Quelle est la relation entre ces services de médecine préventive et le réseau des médecins généralistes ? Y a-t-il une formation des médecins généralistes ? Nous, professionnels de santé publique, savons que pour aboutir à une prise en charge, les besoins doivent être traduits en demandes. Quelle est la place des autres dispositifs de santé tels que les PAEJ ou les consultations avancées ?

Lucie LEFEVRE

Nous avons travaillé avec les services de médecine universitaires sur d'autres aspects comme le tabac. Ils nous ont permis, au départ de nos actions de prévention sur les universités, d'avoir une porte d'entrée et de pouvoir commencer à travailler avec les étudiants. Concernant la formation des médecins généralistes, ils n'ont que le guide pour l'instant. Notre service de prévention élabore des questionnaires de satisfaction à l'attention des étudiants, mais aussi des généralistes. Cela nous permet aussi de comprendre quelle est la vision des généralistes dans leur rôle.

Vous avez parlé de la gestion du stress, la SMEREP a mis en place depuis fin 2006, début 2007 des actions contre le stress, donc pour le bien-être de l'étudiant, avec des stands sur les universités, et des médecins qui venaient pour en parler. Cela a été une porte ouverte parce qu'il est difficile d'aborder ce sujet avec l'étudiant, c'est quand même encore assez tabou aujourd'hui. Nous développons actuellement ce type d'action, et nos enquêtes USEM permettront de mesurer son impact.

Laurent MICHEL, Délégué général de l'USEM

Pour compléter, il existe un vrai travail en complémentarité avec les médecines préventives universitaires. L'exemple présenté d'ailleurs s'est fait à la SMEREP avec l'URML. D'autres mutuelles étudiantes régionales travaillent avec les médecines préventives universitaires sur les consultations de prévention. Ensuite, cela se passe aussi au cas par cas, en fonction des charges de chacun, sachant que les médecines préventives universitaires sont parfois un peu surchargées, et n'ont pas le temps matériel de se consacrer à ce type d'action.

Elaboration d'un programme expérimental pour un nouveau parcours de prévention

Arnaud MAGNIN, Directeur promotion de la santé, mutuelle Prévadiès

Certains éléments de contexte ont permis d'orienter la réflexion et d'aboutir à ce programme. Du côté des usagers, bien sûr, ils souhaitent continuer à bénéficier d'une qualité de soin, accessible en termes de coût et délais de prise en charge notamment. Ils restent inquiets pour l'avenir de notre assurance maladie, et des études ont montré qu'ils font confiance à leurs médecins, et reconnaissent en leur mutuelle un acteur de santé de plus en plus légitime. Du côté des professionnels de santé, nombre d'entre eux, qu'ils soient médecins ou paramédicaux, sont prêts à faire davantage de prévention, mais en étant rémunérés pour le temps qui y serait consacré. Du côté de l'assurance maladie, le contexte est l'élaboration du parcours de soin qui a placé le médecin traitant au centre du dispositif, la poursuite de la maîtrise médicalisée, et l'élaboration du dossier médical partagé. Enfin, on assiste au transfert de charge de plus en plus important vers les organismes complémentaires ou vers les usagers eux-mêmes, pour exemple le déremboursement d'un certain nombre de médicaments. Du côté des mutuelles, elles souhaitent donner et proposer à leurs adhérents une qualité de soin irréprochable, s'investir davantage aussi dans la mise en place d'actions de prévention au côté des professionnels de santé, être davantage acteurs de santé et diversifier leur offre, et non plus être considérées comme de simples payeurs aveugles complémentaires de l'assurance maladie.

Le début de l'élaboration de ce programme vient d'une demande de médecins eux-mêmes, anciens médecins référents en l'occurrence, qui ont vu leurs statuts abandonnés par l'assurance maladie. L'enjeu principal est d'influencer les comportements des professionnels de santé et de leurs patients vis-à-vis de la prévention et de la promotion de la santé, et de promouvoir les bonnes pratiques en santé. Il nous a semblé important de partir du parcours de soin, et de donner au médecin traitant les moyens de faire davantage de prévention, notamment en termes de rémunération. Il était important aussi qu'il soit issu d'un travail collaboratif dès le départ par l'ensemble des acteurs concernés. Cela fait l'objet de la création d'un comité de pilotage représentatif et de conventions signées entre les différents partenaires. Ce programme s'est fait sous forme d'expérimentation, et nous avons souhaité qu'elle s'inspire de la démarche éducative définie par l'OMS, notamment en ayant une approche positive de la santé, en promouvant les facteurs favorables à la santé, en ayant une approche bénéfique sur la santé qui ne soit pas que médico-centrée et centrée sur le patient, en prenant en compte la santé globale (environnement, facteurs psycho-sociaux et culturels). Le souhait était d'essayer de développer la notion de multidisciplinarité, de proposer un programme qui soit suivi dans le temps et qui puisse être adapté aux modes de vie de chaque individu et à leur état de santé, et qu'il y ait une part importante à la formation des professionnels de santé et à l'évaluation.

Cela s'est traduit concrètement par la mise en place d'une expérimentation limitée à la fois sur un plan thématique, l'objectif principal étant la prévention des maladies cardiovasculaires. Pour cela, nous nous sommes basés sur une étude internationale, l'étude INTERHEART qui a montré qu'il existait plus de 200 facteurs de risque cardiovasculaire, et que neuf d'entre eux étaient responsables de 90 % des infarctus et 50 % de l'ensemble des maladies cardiovasculaires. Une expérimentation limitée dans le temps va démarrer début avril, elle aura lieu sur deux années 2007 et 2008 sur quatre départements lorrains. Seront partenaires de ce programme 50 médecins traitants qui se sont organisés pour cela, regroupés au sein d'une association, et du côté des usagers, 6 000 patients pourront rentrer dans ce programme, âgés de 40 à 70 ans, et de 18 à 28 ans. Les mutuelles partenaires sont une mutuelle d'étudiants et quatre mutuelles ou groupement de mutuelles. Cette expérimentation a demandé une démarche volontaire et responsable, et des implications nouvelles, tant du côté des professionnels, des usagers que des mutuelles. Pourquoi avoir fait le choix du risque cardiovasculaire ? Certes, c'est une priorité, mais surtout parce que l'on y aborde tous les déterminants de santé de notre vie au quotidien donc nécessairement, cela demande une approche globale. Une formation des professionnels de la santé à la démarche éducative et aux bonnes pratiques médicales est prévue, et les professionnels de santé se sont engagés à suivre une formation découpée en six modules sur une année, formation validée dans le cadre de la formation médicale continue, organisée par l'association de professionnels de santé et cofinancée par les mutuelles.

Pour l'utilisateur, le contenu de ce programme est la réalisation d'une synthèse médicale de prévention qui doit permettre d'identifier les risques cardiovasculaires. Une fois ces risques identifiés, le médecin traitant instaure un suivi, en discute avec son patient, fixe en accord avec son patient des objectifs, toujours sur la base d'un dialogue entre le médecin traitant et le patient. Dans le cadre de ce suivi, les médecins traitants peuvent faire appel à des services développés par les mutuelles, des services qui facilitent le travail en réseau.

L'évaluation de ce programme porte sur trois choses : le bénéfice santé des adhérents, l'évolution des pratiques professionnelles, et les économies réalisées. Lorsqu'un médecin traitant aura diagnostiqué une hypercholestérolémie, il pourra faire appel aux réseaux de diététiciennes mis en place par les mutuelles pour réaliser un bilan nutritionnel et donner les conseils adaptés. On suppose que cela pourrait éviter la prescription trop souvent rapide de médicaments anti-cholestérol. Toujours en termes d'économies, les médecins traitants se sont engagés à prescrire un minimum de 80 % de leurs ordonnances en dénomination commune internationale.

Les avantages devaient être déterminés, définis et bien cernés dès la mise en place de ce projet, et partagés par l'ensemble des acteurs. Le patient bénéficie d'un bilan et d'un suivi, il est accompagné par la mutuelle lorsqu'il en a besoin. Le médecin traitant est sensibilisé à travers ce programme à la prévention, l'approche vie globale, au travail en réseau. Le temps qu'il y consacre est rémunéré, et son travail est facilité. Les mutuelles apportent de nouveaux services à leurs adhérents en

partenariat très étroit avec les professionnels de santé permettant d'améliorer la prise en charge de ces adhérents, et d'agir quand leurs adhérents en ont réellement besoin.

Ce programme a été validé et discuté au sein d'un comité éthique et scientifique qui a apporté également une validation et une vue juridique et sociologique. Il a été visé par le conseil de l'Ordre des médecins, sur un plan déontologique médical. Il a reçu également l'accord de la CNIL qui a notamment vérifié que les mutuelles n'avaient accès à aucune donnée médicale. Ce programme a également été labellisé : « engagement mutuel santé » et ce, en référence aux engagements réciproques pris entre les différents acteurs. La représentation graphique, symbolisée par trois cercles, a une double signification. D'abord, les trois cercles correspondent aux besoins, aux demandes et aux réponses des patients. Ensuite, ils représentent les trois acteurs principaux de ce programme : les usagers, les professionnels de santé et les mutuelles.

La rémunération des médecins traitants est de 40 euros pour la synthèse effectuée, le suivi sur un an, et l'évaluation faite avec la transmission des données à l'organisme évaluateur indépendant. Chaque mutuelle paye pour ses propres adhérents, et il y a un coût partagé entre les mutuelles pour les formations, la création de logiciels.

Débat dans la salle

Un intervenant

Avez-vous envisagé pour l'adhérent vertueux un avantage financier dès lors qu'il s'inscrit dans cette démarche ?

Arnaud MAGNIN

Nous sommes surtout dans une notion de responsabilisation, de promotion de la santé. Nous donnons les moyens, nous aidons. Après, il est nécessaire que les gens soient volontaires, et s'engagent sans contrepartie d'aucune façon.

Aline VIGNEAUX

Dans notre pays, on parle beaucoup d'évaluation en termes pharmaceutiques, on y inscrit beaucoup d'argent. Il est étonnant que les consultations de prévention ne soient pas considérées comme une thérapeutique comme une autre. Au terme de ces deux années d'expérimentation, il serait intéressant de faire une réelle évaluation, permettant notamment de voir si les coûts ont été réduits. Si l'évaluation est positive en termes médico-économiques, cette consultation de prévention pourrait être généralisée. Derrière ces programmes de prévention, l'assurance maladie est tout à fait prête à financer un grand nombre d'examens complémentaires (échographie, ostéodensitométrie, scan, ORM, etc.). Cette expérimentation va peut-être permettre de montrer le bénéfice de ces consultations de prévention, mais ensuite, il faudrait qu'il y ait une généralisation de ces dispositifs.

Arnaud MAGNIN

Effectivement, l'évaluation est très importante, et nous avons pris soin de concevoir, ensemble, avec les différents acteurs, des grilles d'indicateurs dès le départ du projet.

Une intervenante

Peut-être qu'un jour, nous passerons dans un système assurantiel, mais pour l'instant, en France, il y a un système de sécurité sociale. Ces assurances maladie, les payeurs, les financeurs, pourquoi ont-ils ce type de démarche ? Combien de temps va-t-on rester dans le montage extrêmement intéressant, mais extrêmement limité, d'expériences vécus ici et là ? Et pourquoi ne pas se donner les moyens de l'expérimentation, et ensuite de la généralisation ?

François BAUDIER

L'assurance maladie est très attentive aux réflexions menées dans ce domaine (États généraux de la santé, séminaire organisé par la Société française de santé publique, et cette réflexion autour de la consultation de prévention). Selon moi, elle n'est pas totalement absente des programmes présentés aujourd'hui, mais effectivement, un certain nombre d'orientations devront être consolidées de la

part des Caisses nationales autour de ce thème de la prévention et du médecin généraliste. En tout cas, si l'assurance maladie a accepté d'organiser ces deux journées en liaison avec l'INPES, la Mutualité, la Société française de santé publique et d'autres partenaires, c'est que ce sujet l'intéresse et la préoccupe.

Bertrand GARROS

Effectivement, dans l'évaluation, une comparaison serait à faire entre l'évolution des dépenses et de la consommation de certains médicaments chez les personnes incluses dans l'expérimentation par rapport aux adhérents qui ne le sont pas. Toutefois, il ne faut pas opposer les acteurs, et il est évident que les expérimentations que l'on peut faire ont des résultats dont la portée dépasse le simple acteur qui les mène. Nous sommes tous là pour partager les résultats de ces expérimentations, et se pose alors la question de savoir pourquoi nous ne parvenons pas à des phénomènes de généralisation. Mon sentiment, en tant qu'acteur de santé publique depuis des dizaines d'années, est que nous sommes toujours dans une volonté de trouver des dispositifs très idéaux. Les expérimentations sont souvent des modèles très haut de gamme, mais ne sont pas reproductibles parce qu'ils coûtent trop cher, ou supposent des investissements des acteurs quasiment impossibles à trouver. Il nous faut donc trouver l'équilibre entre la simplification, mais sans la réduction. Nous devrions avoir une réflexion, sans polémique ni artifice, pour comprendre ce qui s'est passé dans la logique du médecin référent et du médecin traitant. Bien entendu, le médecin référent avait un contenu beaucoup plus fort que le médecin traitant, mais aujourd'hui, le médecin traitant est universalisé donc, comment lui redonner du contenu ? Le partage de réflexions, sur ces deux journées, doit nous conduire à profiter des expérimentations de chacun pour y rajouter des pièces successives, et non à recommencer à côté quelque chose à la fois ressemblant, mais pas complètement.

Pol-Henri GUIVARC'H

Le programme de Préviades semble vouloir effectivement offrir une intervention auprès des gens qui ont un niveau de facteurs de risque. Néanmoins, en termes de prévention, il ne suffit pas de faire une consultation de prévention et d'évaluer des risques, mais de réfléchir à ce que nous pouvons faire en aval, et à la façon dont nous pourrions intervenir pour modifier les risques. Vous mentionnez l'étude INTERHEART qui a montré l'importance de neuf facteurs de risque, mais parmi eux, on trouvait en particulier l'importance des modes de vie (la consommation de fruits et légumes et l'absence d'activité physique). Ces facteurs de risques sont directement modifiables, et c'est cela qu'il faut effectivement prendre en charge. De nombreuses études montrent que l'intervention sur les modes de vie permet de réduire l'incidence des maladies cardiovasculaires et du diabète. Vous proposez des interventions de diététiciens, avez-vous chiffré le coût de cette prise en charge ?

Arnaud MAGNIN

Il y a ces neuf principaux facteurs de risque, et ce programme vise justement à intervenir sur ces déterminants du quotidien. En proposant un service permettant d'agir sur les comportements alimentaires, on parvient à influencer des comportements sur six de ces neuf facteurs. D'un point de vue financier, nous avons fait une évaluation sur la base de 6 000 patients qui seraient inclus dans le programme, ce chiffrage se situe entre 200 000 et 300 000 € pour le suivi sur une année, avec des demandes d'intervention auprès de diététiciens.

Jean-François DODET, Médecin à la DRASS de Bourgogne

Effectivement, nous n'allons pas pouvoir rester dans un système où chacun y va de sa rémunération, de son contenu, voire de son organisation. La question était « que fait l'assurance maladie », mais je crois qu'il nous faut aller au-delà parce que les partenaires sont multiple.

Certes, il y aura l'assurance maladie dans le cas des centres d'examen de santé, mais aussi des partenaires privés type mutualité, des partenaires publics type conseils généraux pour les PMI ou État pour la médecine scolaire ou la médecine universitaire. La question à se poser est de savoir qui a légitimité pour organiser un peu tout cela. Selon moi, la loi de 2004 a défini ce principe de

consultation de prévention, donc les parlementaires, et indirectement l'État, doivent mettre un peu de clarté dans l'ensemble de ce système.

TABLE RONDE

Jean LAPERCHE

Plusieurs intervenants ont parlé de l'inquiétude des patients, et du fait que la consultation de prévention, en quelque sorte, les rassurait. Qu'allons-nous gagner pour la santé des gens avec un dispositif de prévention qui augmenteraient l'inquiétude des Français ?

Par ailleurs, n'a pas du tout été abordé la question d'un comportement alimentaire adéquat. Nous avons parlé des consultations diététiques, mais pourquoi ne pas envisager de diminuer le coût d'accès aux fruits et légumes frais ? La dépense ne représenterait presque rien au regard du coût important des médicaments.

Claude MICHAUD

Il existe, en France, un programme national nutrition santé dont l'un des objectifs est d'agir sur cet environnement alimentaire, en travaillant avec l'industrie agroalimentaire afin qu'elle s'engage à réduire notamment, dans la composition de ses produits, la teneur en sel, sucre et graisse. Effectivement, le médecin ne peut agir sur ces environnements favorables, c'est plus une question de politique nationale, mais elle semble se mettre en place.

Claude BERRARD, URML Poitou-Charentes un représentant CNGE

En Poitou-Charentes, comme dans nombre de régions, la densité médicale est extrêmement basse. Néanmoins, nous avons quand même souhaité instaurer une consultation de prévention. Elle est peut-être un peu moins complète, mais selon moi, il vaut mieux toucher le plus grand nombre que de proposer quelque chose de très pointu et spécifique qui ne concernerait que certains. Ainsi, nous avons considéré qu'il était important que toutes les classes d'âge soient présentes, y compris les jeunes. Pour eux, notamment dans notre région, le médecin généraliste reste quand même le mieux placé. La prescription de pilules, pour les filles, ou les examens du sport, pour les deux, restent les moments privilégiés pour introduire une consultation de prévention de dix minutes.

Le logiciel EsPeR est vraiment remarquable, mais nous manquons de temps. Aussi, avons-nous confectionné une consultation papier portant sur quelques principes, d'autant que la généralisation de l'informatique dans les cabinets médicaux, en Poitou-Charentes, n'est pas acquise. Nous travaillons sur la base de trois groupes : les jeunes, les moins jeunes, et les seniors. Quelques principes sont communiqués aux médecins, notamment apparaissent sur ce support les dix risques principaux évoqués par EsPeR. Pour les jeunes, par exemple, les incontournables indiqués seront les vaccins, l'IMC, les dents, les yeux, la peau, le diabète, le tabac, l'alcool, les drogues. Nous avons décidé de regrouper les hommes et les femmes, et de ne pas faire deux fiches distinctes. Le médecin, lors de la consultation de prévention, coche les cases en fonction des réponses de son patient qui repart ainsi avec l'ensemble des préconisations apportées. Un bilan est refait six à neuf mois après, pour évaluer les améliorations. Pour les femmes, nous avons quand même introduit une tranche d'âge entre 50 et 74 ans, notamment pour vérifier qu'elle ait bien eu une mammographie, l'absence de vaccination antigrippale, et l'iatrogénie.

La première version a été expérimentée par 100 médecins, nous envisageons là une expérimentation avec 200 médecins retournant chacun 10 fiches, soit un total de 2000 fiches. Tout ceci est financé par l'URML, sur une base de 2 C.

Claude BERRARD

La première version a d'ailleurs fait l'objet d'une évaluation. Il est intéressant de noter la satisfaction des patients à 90 %, mais aussi des médecins. Les patients ont vraiment eu l'impression que l'on s'intéressait à eux, notamment parce qu'on leur posait des questions, que leur relation avec leur médecin ne se limitait pas à un renouvellement d'ordonnance. Le médecin, de son côté, a

vraiment eu l'impression d'une reconnaissance et d'un contact totalement différent avec son patient.

Un intervenant

Une autre session montrait clairement qu'entre l'évaluation et le comportement réel du patient, la différence pouvait être grande. Je m'interroge donc sur la pertinence de cette évaluation et sur l'impact réel sur la prévention.

Claude BERRARD

L'évaluation en direction du médecin était plutôt une évaluation sur la faisabilité, à quel moment est fait l'examen, au cours d'une consultation normale ou d'une consultation dédiée. L'évaluation au niveau des patients portait plutôt sur leur satisfaction, sur leur sentiment d'avoir été pris en compte ou non. Une autre évaluation s'est faite, neuf mois après, avec le retour des papiers, mais je n'ai pas le résultat.

Hervé TREPPOZ

En tant qu'assurance maladie MSA, nous évaluons les actions que nous menons, mais cela représente une dépense extrêmement élevée. Selon moi, dire que l'assurance maladie ne se préoccupe pas de l'évaluation me paraît excessif, d'autant qu'elle se préoccupe des dépenses, et qu'elle n'a pas forcément envie de se lancer dans des actions dont elle ne connaît pas l'efficacité. Par ailleurs, certaines actions auxquelles elle collabore ne sont pas de son initiative donc, l'évaluation ne lui appartient pas, même si elle reste prête à y contribuer. Enfin, selon moi, il ne faut pas rester sans rien faire sous prétexte que l'évaluation n'a pas été faite, il ne faut pas se censurer, et ne pas réévaluer, ce que d'autres a déjà évalué.

Isabelle COLOMBET

Un groupe de travail, dans le cadre de la collaboration Cochrane, a mené des évaluations de revues systématiques, d'études d'interventions ayant évalué l'efficacité de différents types d'interventions pour modifier les pratiques médicales. Les résultats quand aux interventions, la diffusion simple d'informations ou de recommandations : non efficace ; le système d'accréditation : non efficace ; des incitations financières : cela fonctionne ; des rappels au moment de la prescription : fonctionne bien ; la visite médicale ; fonctionne bien, et l'industrie pharmaceutique : a bien compris. Il n'existe pas de revues systématiques sur l'évaluation des interventions plus complexes parce qu'il y a encore peu d'études. Au moment d'évaluer notre outil EsPeR, nous nous sommes posé la question d'une évaluation expérimentale comparative entre un groupe qui utiliserait le site et un autre qui ne l'utiliserait pas. Nous avons différé cette évaluation en mettant la priorité sur une évaluation plutôt de type qualitative, évaluant l'acceptabilité et la faisabilité d'une utilisation d'un outil en consultation. En effet, d'autres personnes avant nous, des Anglais notamment, ont essayé d'évaluer des systèmes d'aide à la décision complexes, notamment dans le domaine de la prévention, de la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaires, et ont abouti à des résultats négatifs en termes d'impact, tout simplement parce que le système était peu ou pas utilisé du fait de barrières organisationnelles, culturelles, difficiles à contourner. Le problème est assez complexe et, selon moi, avant d'évaluer l'impact, il est important d'évaluer ces barrières, et d'essayer de les contourner.

Laurent MICHEL

L'Union nationale des mutuelles étudiantes régionales est très attachée à cette consultation de prévention sur le monde étudiant. Elle a édité dernièrement un livre blanc sur la santé étudiante qui a été diffusé aux principaux candidats à l'élection présidentielle. Parmi nos dix propositions, l'une demande à chacun des candidats de mettre en place, s'il est élu, une consultation de prévention pour tous les étudiants une fois par an, dont les modalités de prise en charge seront à définir par l'Etat. En effet, dans le monde universitaire, surtout depuis la suppression du service national, de moins en moins de jeunes voient des professionnels de santé au cours de leurs études supérieures.

Lucie LEROY, Coordinatrice réseau santé sociale Nord Charente

Mes questions s'adressent à la MSA. Dans la nouvelle consultation de prévention, le médecin généraliste ne serait peut-être pas en première ligne. Qui le serait alors ? Votre avantage est d'avoir une sorte de guichet unique, cela pourrait vous permettre de toucher différemment des patients potentiels. Par ailleurs, avez-vous réfléchi au moyen de toucher les patients qui sont loin du parcours de soin classique ? Comment leur faire intégrer cela, tout en sachant qu'ils peuvent être réfractaires, essentiellement parce qu'ils considèrent leur situation comme une fatalité ?

Un intervenant

Premièrement, dans notre consultation, le médecin généraliste est absolument en première ligne. Il va hiérarchiser les besoins de soins, de dépistage, de prévention de nos adhérents. En revanche, après un diagnostic, il peut, s'il le souhaite et son patient également, déléguer. A cette étape seulement, nous proposons un certain nombre d'actions.

Deuxièmement, faire réintégrer le système de soins, certes, mais il ne faut pas que ce soit fait de façon autoritaire. Nous avons mis en place un certain nombre d'actions, et avons cet avantage d'être en milieu rural, d'avoir un maillage territorial relativement important et efficace. Les personnes peuvent être repérées par l'assistante sociale de la ville, de la MSA, le médecin du travail, le médecin conseil, le maire de la commune, l'ANPE. Nous offrons une prestation, appelée une consultation « précaire » qui se fait sans examen préalable, à charge pour le médecin, au vu de la personne, de décider de la prise en charge. Néanmoins, il est clair que nous avons du mal à aller chercher ces personnes.

Jean LAPERCHE

En Belgique, dans mon équipe comme dans une cinquantaine d'autres, le paiement est forfaitaire pour les soignants, et les patients ne payent rien pour avoir accès aux soins. Par conséquent, nos patientèles comptent beaucoup plus de patients précarisés qu'auprès de nos collègues libéraux qui n'ont pas ce système de paiement. Par ailleurs, dans nos équipes pluridisciplinaires, ont été intégrés les travailleurs sociaux, en vue de prendre en compte également les déterminants sociaux dans tous les projets de prévention. En faire l'impasse revient à aggraver le fossé de la précarisation et de la stigmatisation d'exclusion.

Claude MICHAUD

Plusieurs mots clés peuvent résumer ce qui vient d'être dit lors de ce débat. D'abord, la nécessité de « temps dédié » ou « de consultation spécifique » puisque l'on nous dit qu'il est difficile, voire impossible de faire une consultation de prévention lors d'une consultation médicale classique. Nous avons parlé également, de la nécessité de déléguer des tâches actuellement réalisées par les médecins à d'autres professionnels de santé, de la nécessité de partenariats entre les différents professionnels car le médecin, seul, ne pourra pas tout faire, de la nécessité de pouvoir proposer des suites aux patients une fois le repérage des facteurs de risques réalisé, et de la nécessité d'évaluer toutes ces expérimentations. Je remercie tous les intervenants et tous les participants pour la qualité des échanges.

Session 2 – 2nde Partie

Quelle place pour le médecin traitant et les autres acteurs de santé dans le parcours de prévention ? Quelles articulations entre les différents Partenaires et dispositifs existants ?

Daniel OBERLE, Pratiques en santé

La place des autres professionnels n'a pas d'intérêt uniquement parce que le médecin n'a pas le temps de tout faire, mais surtout pour la complémentarité entre les différents professionnels. Cette complémentarité peut permettre de proposer un continuum de prévention, ou de faire en sorte que tous soient concernés par la prévention. La consultation de prévention demande du temps pour se coordonner, pour être organisée, pour partager les informations, pour déléguer certaines tâches. Dans tout cela, à quel moment peuvent intervenir les différents professionnels des différentes disciplines ? Ils peuvent intervenir en amont de la consultation du médecin, afin de sensibiliser les patients, les assurés, les citoyens à venir en consultation, les sensibiliser à avoir une réflexion autour de leurs habitudes de vie, à réaliser des examens préalables pour préparer la consultation. Ils peuvent intervenir en aval pour mettre en œuvre le suivi, l'accompagnement de cette consultation.

Une articulation avant et après la consultation de prévention par des acteurs institutionnels (mutuelles, santé scolaire et universitaire, intervenants médicosociaux, URML, etc.) « Programme de prévention du risque cardiovasculaire Rivarance »

Rémy BATAILLON, URML Bretagne - Partenariat URCAM

Prévarance est un programme qui a été initié, il y a quatre mois, en Bretagne en partenariat avec l'URCAM, l'Association Cap Réseaux et un réseau de prévention vasculaire Rivarance. Ce programme fait suite à de nombreuses réflexions au sein de l'URML avec nos partenaires, notamment sur la consultation médicale de prévention. Une cinquantaine de médecins généralistes avaient participé à une expérimentation autour d'une consultation médicale de prévention axée sur le risque cardiovasculaire. Ils étaient arrivés à la conclusion que l'intérêt n'était pas d'avoir une consultation spécifique longue, mais plutôt de pouvoir s'appuyer sur une équipe de professionnels de santé, afin d'organiser la prise en charge des patients sur le volet prévention, et c'est à partir de cette réflexion qu'a été élaboré ce programme. D'autres partenaires y ont participé, notamment l'association Cap Réseaux qui regroupe l'ensemble des représentants des autres professionnels de santé libéraux avec qui nous avons réfléchi à la place de chacun dans un dispositif de soins de premier recours, et sur les outils à mobiliser pour renforcer les coopérations professionnelles. Ce programme a été financé sur la dotation régionale des réseaux.

Les enjeux étaient d'améliorer la prise en charge des patients à haut risque cardiovasculaire, et de promouvoir de nouvelles formes de coopération entre les professionnels de santé libéraux. L'idée est de dire qu'une équipe de professionnels unit ses forces, et ses compétences au service des patients. Un autre enjeu était aussi de valoriser le travail de ces professionnels de santé libéraux en donnant de la lisibilité à leurs actions de prévention et en introduisant, à titre expérimental de nouvelles modalités de rémunération.

Les principes de la démarche étaient d'avoir une approche territoriale et populationnelle, de tenter d'abolir les frontières entre prévention primaire, secondaire, curative, préventive, de mobiliser tous les professionnels de santé libéraux, d'avoir une stratégie de détection, de dépistage opportuniste, et d'avoir un projet thérapeutique explicite et un protocole partagé avec l'idée d'explicitier et de structurer l'action des uns et des autres. Bien entendu, une réflexion a été menée sur médecins

traitants et parcours de soins, et sur comment une organisation de la prévention peut s'intégrer dans toutes ces préoccupations.

Le programme s'est déroulé sur Dinan avec 21 médecins généralistes, sur 24 que compte le canton, tous les cabinets infirmiers (soit une vingtaine d'infirmiers), toutes les pharmacies (soit une dizaine de pharmacies). La population a été ciblée, et les professionnels de santé libéraux mobilisés. A noter que l'ensemble des cabinets d'infirmiers et des officines ont participé au programme.

La démarche s'est articulée autour de quatre temps : analyser le risque cardiovasculaire de toutes les personnes habitant ou résidant dans ce canton, sur une tranche d'âge volontairement limitée (50-54 ans pour les hommes, 60-64 ans pour les femmes) pour faciliter le déroulement de l'expérimentation et son évaluation. Cette tranche d'âge correspond, selon les recommandations de la HAS, à un facteur de risque cardiovasculaire supplémentaire lié à l'âge. Parmi les patients à haut risque cardiovasculaire, ont été définis ceux pour lesquels il était nécessaire de renforcer le projet thérapeutique adapté à leur besoin et conforme aux données de la séance. Ceci s'est concrétisé par un contrat thérapeutique signé entre le médecin et le patient. Ensuite, a été mise en œuvre toute une série d'actions, notamment d'éducation thérapeutique.

Le rôle du médecin est d'analyser le risque cardio-vasculaire de leur patientèle, dans la tranche d'âge ciblée, au cours ou en dehors des consultations. L'idée étant que, sur la période d'un an que dure ce programme, ils doivent inclure tous les patients de leur patientèle concernés. Ensuite, ils repèrent les patients à haut risque cardio-vasculaire, et prévoient une consultation spécifique. Cette consultation spécifique, à partir des éléments qu'ils ont recueillis dans l'analyse du risque cardio-vasculaire, leur permet, avec le patient, d'élaborer un projet thérapeutique, et donc de conclure ce contrat thérapeutique. Ensuite, ils proposent au patient une démarche d'éducation thérapeutique auprès des infirmières libérales et des diététiciennes, ou d'autres professionnels de santé libéraux. Cela peut être une consultation antitabac, ou des actions portées par les réseaux notamment en matière de séance collective d'éducation thérapeutique. Ensuite, nous leur demandons de réévaluer le risque cardio-vasculaire un an après. Pour cela, nous avons imaginé des supports pour faciliter et structurer leur travail. De la même façon, pour le projet ou le contrat thérapeutique, des supports, sous forme très schématique, sont fournis. Ils reprennent un certain nombre de valeurs cible de paramètres et des objectifs négociés.

Les pharmaciens, dans leur officine, vont, sur la même base que les médecins traitants, analyser le risque cardio-vasculaire des patients. Ils ne pourront peut-être pas aller jusqu'au bout parce qu'il leur manquera les résultats du bilan biologique, mais ils pourront, par exemple, prescrire un bilan biologique avant que le patient aille voir le médecin généraliste de son choix.

Une fois que le patient a vu le médecin traitant et a conclu un contrat thérapeutique, il est invité à aller voir une infirmière libérale de son choix. Cette dernière précisera la démarche d'éducation thérapeutique, sur la base d'une analyse plus fine, et programmera avec le patient un certain nombre d'entretiens individuels pour mettre en œuvre deux ou trois objectifs négociés. Il nous est apparu intéressant de tester cette modalité d'intervention des infirmiers dans l'éducation thérapeutique parce qu'une des difficultés qu'ont les réseaux à toucher les populations cible réside dans une inadaptation entre les programmes d'éducation thérapeutique en séance collective et les contraintes et attentes des patients. Là, ce sont des entretiens individuels, peut-être plus souples et plus adaptés. Par ailleurs, les infirmiers étaient assez demandeurs de s'investir dans ce champ. Là aussi, des supports pour faciliter le travail des uns et des autres sont fournis, le médecin ayant continuellement un retour sur où en est le patient par rapport à l'atteinte des objectifs négociés.

Préalablement à ce programme, à Dinan, existaient des groupes qualité, un groupe d'analyse de pratiques qui mobilisait déjà tous les médecins généralistes. Cela a donc facilité la concertation entre eux, et avec les paramédicaux. Par ailleurs, les nouvelles modalités de rémunération ont pu être assez structurantes. Concernant le médecin traitant, la rémunération forfaitaire de 1 800 € était conditionnée à l'atteinte d'un certain nombre d'objectifs, notamment celui d'inclure au moins 60 % de sa patientèle dans le programme. Proposer cette rémunération aux médecins a été assez valorisant, et une reconnaissance de la qualité du travail qu'ils étaient en mesure de faire autour de la prévention.

La réflexion que nous avons aujourd'hui est de se demander si cette dynamique ne pourrait pas porter demain la création d'un pôle de santé pluridisciplinaire sur un canton donné.

Tentative de création d'un réseau de santé pour les étudiants d'Aix-en-Provence

Fabrice CHAMBON, La Mutuelle des Etudiants

La Mutuelle des Etudiants une mutuelle gérée par des étudiants. Son orientation politique est fixée par les élus étudiants, la direction étudiante est élue par les adhérents, et elle a des collaborateurs, dont Roland Cecchi-Tenerini, pour mettre en œuvre, piloter la mise en œuvre opérationnelle des différents projets. La Mutuelle des Etudiants compte 240 000 adhérents, près de 800 000 affiliés en Sécurité sociale, puisque nous sommes également gestionnaires du régime obligatoire de Sécurité sociale, et nous revendiquons notre affiliation à la Mutualité française.

Au congrès de Lyon, la Mutualité française a mis en avant la perspective de mettre en place des parcours de santé mutualiste, visant à dépasser le parcours de soins coordonnés, et à intégrer les problématiques de prévention au parcours de soins. Nous souhaitons avancer dans cette direction qui doit être un élément moteur de la mise en place d'expérimentations.

Le projet d'Aix-en-Provence participe de cette démarche d'expérimentation de parcours de santé mutualiste, avec un ciblage sur un public étudiant. Ce public étudiant se caractérise par une difficulté d'accès aux soins fortement liée aux problématiques sociales que traverse le milieu étudiant et notamment à la précarité grandissante que rencontrent les étudiants. La manière dont nous souhaitons aborder les questions de prévention sur ce type de projet est d'avoir une approche globale qui mène la prévention aux problématiques d'accès aux soins et, plus largement, à l'ensemble de la question sociale chez les étudiants.

Près de 100 000 étudiants vivent sous le seuil de pauvreté, et un étudiant sur deux se salarie pour financer ses études. Cela a bien évidemment des conséquences en matière d'accès aux soins et près d'un quart des étudiants aujourd'hui renonce à des soins pour des raisons financières. Nous ne pouvons donc pas envisager la question de la prévention, et notamment de la prévention en lien avec les professionnels de santé, sans avoir en tête cette question sociale.

Le projet d'Aix-en-Provence vise à rassembler, des professionnels de santé, le centre de santé qui est en centre ville, mais aussi des médecins libéraux de l'ensemble des spécialités. Nous les avons interpellés et avons été agréablement surpris du nombre de professionnels de santé intéressés par le projet. D'un côté, nous avons donc les professionnels de santé, et de l'autre, l'ensemble des acteurs de santé et, plus largement, des acteurs sociaux de l'enseignement supérieur : la MDE, la Médecine Préventive Universitaire, le BAPU, le Bureau d'Aide Psychologique Universitaire et le CROUS. Tous ont un intérêt très fort pour le projet parce qu'il met justement en lien deux mondes qui n'ont pas l'habitude de travailler ensemble. Ainsi, une mise en réseau vise à proposer une réponse aux étudiants à savoir, un reste à charge nul pour répondre justement à ces problématiques sociales, et un accueil spécifique qui intègre précisément des éléments de prévention devant être conçus comme une problématique majeure par l'ensemble des acteurs du réseau.

Roland CECCHI-TENERINI, La Mutuelle des Etudiants

Effectivement, sur la base de ces orientations, il nous fallait intégrer la notion d'offre de soins, la nécessité de développer les interfaces entre le médico-social et le social, et faire que la prévention ne soit pas un slogan mais s'intègre effectivement au quotidien.

Le réseau est en cours de construction, et doit voir le jour dès la rentrée prochaine. Pour cela, nous avons fait une analyse des besoins. Ainsi, nous avons interrogé plus de 2 000 étudiants du campus d'Aix sur l'ensemble de leurs problématiques, en plus des enquêtes que nous avons menées au sein de la MDE. Nous avons donc dégagé toute une série de faits saillants. D'abord, nous avons une population entre 18 et 28 ans dont une des caractéristiques est la notion d'isolement et de solitude. Ce sont des urbains et, globalement, ils en bonne santé. Toutefois, quand on y regarde de plus près, un tiers des étudiants sont salariés, ce qui pèse notamment sur la gestion du temps. 100 000 étudiants sont sous un seuil de pauvreté, au sens économique du terme. Une de leurs caractéristiques est de méconnaître le système de santé. Par ailleurs, un étudiant sur cinq renonce à des soins. Plusieurs enquêtes ont été recoupées et font ressortir trois problèmes majeurs : les problèmes de stress, d'alimentation et de dépression.

Après cette étude de besoins des étudiants, nous avons fait une étude, par voie d'enquête particulière, autour des professionnels de santé d'Aix-en-Provence, plus particulièrement des médecins de ville, mais aussi des gynécologues, psychiatres, dermatologues, ophtalmologistes et dentistes. Nous leur avons demandé s'ils avaient du public étudiant, les réponses qu'ils apportaient, les problèmes qu'ils rencontraient, et la façon dont ils intégreraient la notion de réseau.

Nous avons ensuite fait l'analyse des services et activités à disposition. Nous avons donc localisé les professionnels de santé, et les structures en lien avec les étudiants (les services de santé, les services universitaires, les CROUS, les BAPU, les MPU, les établissements médicosociaux, les autres réseaux existants).

Monter un réseau de santé nécessite de mettre en relation toutes les formes d'offre de soin et d'offre de santé existantes, avec un certain nombre de principes tels que l'accessibilité, c'est-à-dire que, quel que soit le secteur de conventionnement, les médecins du réseau s'engagent à prendre en charge les étudiants sans avance d'argent, l'acceptabilité par les étudiants de ce réseau, c'est-à-dire qu'il faut d'abord qu'ils soient connus dans le milieu étudiant. Les caractéristiques de ce réseau sont la confidentialité et le secret médical, le libre choix de l'étudiant de sa structure de soin, et un suivi individuel de chacun des étudiants. Enfin, il s'agit aussi d'assurer une prise en charge globale en mettant en relation les médecins de ville et les structures sociales universitaires ou médico-sociales, en matière d'addiction, de fatigue psychologique ou psychique ou d'alimentation, et de prendre en charge, pour les adhérents de la LMDE, un plan personnalisé de prévention à partir de consultations spécifiques et d'un accompagnement adapté. Le réseau apparaît utile pour 70 % des étudiants intéressés, et 98 professionnels sont susceptibles d'intégrer le réseau. Nous avons réalisé une étude d'évolution de la conviction des professionnels pour intégrer ce réseau. Au mois d'août, nous avons 12 généralistes, 2 psychiatres, 4 gynécologues, 2 ophtalmologistes, 1 dermatologue, 4 dentistes. Six mois après, nous avons 43 généralistes, 19 psychiatres, 5 gynécologues, 4 ophtalmologistes, 2 dermatologues, 25 dentistes. D'autre part, doivent être aussi dans le réseau tous les dispositifs institutionnels, MPU, BAPU, CMPPU et les autres réseaux. Enfin, le Conseil régional PACA nous aide financièrement à développer ce réseau.

Nous sommes en cours d'expérimentation, mais nous avons eu déjà des rencontres avec les professionnels de santé, particulièrement les médecins. Ils confirment la nécessité de ce réseau parce qu'ils disent que s'ils n'apportent pas une réponse immédiate souhaitée, les étudiants ne reviennent pas. La réponse souhaitée n'est pas forcément du soin, mais tourne autour du médicosocial, du social, voire de la prévention.

Dans le cadre de ce réseau, les médecins ont besoin d'interfaces avec les autres structures institutionnelles, y compris les structures institutionnelles universitaires. Ensuite, le médecin trouve dans ce réseau la réponse à apporter, notamment par un travail avec les professionnels du soin au sens beaucoup plus général du terme. Il paraît fondamental de pouvoir, à partir de la demande immédiate, répondre de façon globale aux étudiants. Nous allons élaborer, avec les professionnels et les étudiants, la charte et la convention constitutive du réseau, mettre en place un système d'informations, développer des outils de suivi et d'évaluation.

Consultation diététique

Lucie LEFEVRE, Vice-présidente SMEREP

L'enquête OVE de 2004 a mis en avant plusieurs caractéristiques concernant les étudiants. En ce qui concerne les ressources financières, 8 étudiants sur 10 ont une activité rémunérée, ce qui se traduit par une ressource moyenne mensuelle d'environ 580 € pour les 18-30 ans. Ces ressources très limitées ont forcément des répercussions sur leur choix d'alimentation, d'autant que plus qu'un étudiant sur deux en Ile-de-France déjeune à l'extérieur.

Face à ces données, la SMEREP, gérée par des étudiants et acteur majeur de la santé étudiante, ne pouvait qu'intervenir. Son Assemblée générale a donc voté quatre priorités santé, la nutrition en fait partie. Ceci se traduit, sur le terrain, par des actions de prévention menées par nos chargés de prévention. L'enquête ORS-SMEREP 2005 a mis en évidence que près d'un étudiant sur deux

souhaitait obtenir des informations en matière d'équilibre alimentaire. Aussi, pour répondre à ce besoin, la SMEREP a mis en place, début janvier 2006, la consultation diététique pour cibler et adapter le message au cas par cas. Il s'agit d'un accompagnement personnalisé aux étudiants adhérents de la SMEREP, afin de les aider à diagnostiquer leurs difficultés, et à trouver leur propre solution. Cela se fait à l'aide d'une consultation bilan-action sur la base d'un cahier des charges défini avec les professionnels. Les diététiciens libéraux sont rémunérés 40 € directement par la Mutuelle. Ensuite, en termes de suivi, la Mutuelle propose deux consultations de suivi avec une participation de 10 €

Cette consultation présente un bilan initial sous forme de questionnaires, un guide d'entretien. Il est rempli avec le patient puis renvoyé à la SMEREP, ce qui permet d'obtenir des données variées sur les comportements des étudiants, et de créer un système d'informations nous permettant d'adapter nos actions de terrain et nos consultations en prévention. Au-delà de la volonté de l'étudiant de trouver des repères ou de conforter les acquis qu'il a en matière de nutrition, il souhaite connaître ce système de santé pour le comprendre, et y participer.

La SMEREP a besoin d'informations constantes parce que les étudiants restent une population très volatile. Ainsi, il est nécessaire de maintenir les interactions entre les différents acteurs de santé, comme les SUMS*, l'ADLF, et les CROUS, pour ne citer qu'eux. Pour finir, la SMEREP ne fait pas que de l'action quantitative, mais s'attache également au terrain, et offre du qualitatif avec des solutions ciblées et adaptées qui positionnent l'étudiant comme acteur autonome de sa propre santé.

Débat dans la salle

Olivier BADOUIN, Médecin conseil à la Sécurité Sociale

Ces trois interventions ne mentionnent quasiment rien en matière d'évaluation. Juste quelques indicateurs de participation et de satisfaction, pour la dernière, mais cela ne renseigne pas sur l'efficacité de l'action en termes de santé publique

Roland CECCHI-TENERINI

Dans le cadre de la constitution d'un réseau, obligation est faite pour le financement, et c'est la loi qui le dit, d'avoir ces pratiques d'évaluation. Nous allons donc effectivement les intégrer.

Rémy BATAILLON

En termes d'évaluation, il faut se souvenir que le public étudiant ne reste que deux, trois ou cinq ans à l'université. L'évaluation des effets, en termes de santé publique, peut se faire sur le long terme, mais par d'autres acteurs que ceux qui ont initié les actions.

Roland CECCHI-TENERINI

Dans un an, je pourrai répondre à cette question, notamment par la comparaison du niveau de risque cardio-vasculaire avant et après l'intervention. Toutefois, en termes de mobilisation des différents professionnels, et d'inclusion des patients trois mois après le démarrage du programme, j'ai fourni quelques éléments.

Jocelyne SAOS, Médecin de santé publique, Conseil Général des Alpes-Maritimes

Dans votre travail avec l'ensemble des partenaires, comment avez-vous intégré les professionnels de santé qui travaillent dans les centres de planification, et dans les centres de dépistage ?

Lucie LEFEVRE

Nous travaillons essentiellement avec les acteurs de santé qui sont présents sur le terrain étudiant. Sur le terrain, nous mettons en place des actions spécifiques, pour parler notamment du dépistage du SIDA, en partenariat avec la médecine universitaire, les médecins de nos plateformes. Néanmoins, il est difficile de savoir intéresser tout le monde dans ces projets. La question est de comprendre pourquoi nous ne travaillons pas tous dans le même sens, peut-être que nous ne parlons pas le même langage.

Fabrice CHAMBON

Ces acteurs ont vocation à rejoindre le réseau d'Aix-en-Provence, mais au-delà, nous travaillons très régulièrement avec eux. Cette année, nous avons signé une convention avec le Mouvement français pour le planning familial qui tiendra des permanences dans nos agences, et sur les campus.

Roland CECCHI-TENERINI

La difficulté réside dans le fait que chaque acteur a sa propre logique, ses propres demandes. Nous avons plutôt privilégié de ne pas les mettre tous ensemble, mais de travailler avec chacun pour tenter de comprendre ce qu'ils veulent et ce qu'ils attendent du réseau. Nous aurons prochainement une réunion avec les institutionnels pour savoir s'ils sont intéressés, et comprendre la façon dont ils pourraient intégrer leur travail dans ce flux étudiant. Progressivement, nous construisons le réseau avec chacun des groupes professionnels de santé.

Lucie LEFEVRE

Dans le département, nous avons mis en place un travail de partenariat avec les différentes mutuelles. Nous sommes dans le même sens, et parlons de service public.

Nathalie PARIZEAU, Service Prévention Santé de la Caisse Primaire d'Ille-et-Vilaine

Comment est faite l'articulation avec le réseau mis en place sur le secteur de Dinan et le programme présenté ? De manière plus générale, dans l'optique où l'on irait jusqu'à des pôles de santé pluridisciplinaires, quelle articulation y aura-t-il entre les réseaux de santé et ces pôles de santé ?

Rémy BATAILLON

Le réseau, par rapport à ce programme, a plutôt été positionné en matière d'expertise sur l'élaboration d'outils, la définition du cahier des charges, les formations des professionnels de santé libéraux. Pour les patients complexes, les patients en prévention secondaire, les patients qui nécessiteraient plutôt une éducation thérapeutique sous forme de séance collective, le réseau prend le relais en articulation avec le travail des infirmiers, des médecins traitants et des diététiciennes. Effectivement, nous imaginons une réorganisation des soins de premier recours dans des unités territoriales d'environ 15 000 habitants adossées à ce réseau, une sorte d'expertise thématique qui lui permettrait de nourrir ses propres protocoles de prise en charge et sa propre action auprès des patients.

Céline OSRO*, USEM

Pour le financement de votre réseau, vous avez parlé d'un financement par le Conseil régional PACA, mais avez-vous un soutien de la DRDR ?

Rémy BATAILLON

C'est un nouveau dispositif donc, nous n'avons rien de la DRDR. En revanche, nous sommes en débat avec les caisses d'assurance maladie sur l'expérimentation de nouveaux modes de financement par rapport à cette approche de soin. Nous aurons un débat avec l'assurance maladie locale pour une réflexion autour d'une prise en charge globale du soin.

Un intervenant, Médecin à Tours

Vous avez pensé aux médecins, infirmiers, pharmaciens, mais ne peut-on pas envisager que le boulanger, ou autre, permettrait un accès à la prévention ?

Fabrice CHAMBON

Les données fournies par l'assurance maladie, sur les tranches d'âge ciblées, montrent que 100 % des femmes et 75 % des hommes ont vu, au moins une fois dans l'année, un médecin généraliste. Cette population a donc des contacts avec les médecins généralistes, ce qui pourrait être autant d'occasions d'initier une démarche de prévention et d'éducation thérapeutique. Bien entendu, cela

exclut la personne qui ne va jamais voir le médecin, tout en étant dans un état de santé déplorable. C'est la raison pour laquelle nous avons intégré les pharmaciens, mais ce n'est sûrement pas suffisant. Nous menons d'ailleurs une réflexion avec les infirmiers, les diététiciennes, les podologues.

Jean GODARD, URML Haute-Normandie

La problématique de l'expérience aixoise est de favoriser l'accès aux soins des étudiants, une population volatile, ne se soignant pas beaucoup. Ces étudiants ont-ils un médecin traitant déclaré ?

Roland CECCHI-TENERINI

Ils ont un médecin traitant déclaré, mais beaucoup moins que dans la population générale. Toutefois, ce n'est pas parce qu'ils ont un médecin traitant qu'ils vont forcément le voir, notamment parce qu'il y a le problème du lieu d'habitation, des parents, du lieu d'études. Nous sommes donc dans une situation très spécifique qui nous oblige à réfléchir en fonction de la demande et des besoins de cette population. L'autre élément est que cette population commence à accéder à une autonomie, et pour laquelle l'éducation à la santé passe aussi par l'information du système de santé, l'habitude du médecin traitant, du médecin correspondant, etc. Nous ne sommes pas du tout dans une démarche de soins de l'adulte. C'est cette connaissance des étudiants qui fait que le régime étudiant de sécurité sociale géré par des étudiants est absolument indispensable, d'où l'intérêt de la MDE et des mutuelles étudiantes.

Jean-Luc GALLAIS, Directeur du Conseil scientifique de la SFMG (Société française de médecine générale)

La problématique évoquée là est une histoire récurrente, et comme toutes les histoires qui durent, qui ne changent pas, se pose la question des homéostasies des systèmes et du sens qui est derrière. Je note d'abord la question de formalisation de l'informel, de la lisibilité de l'illisible, et de la régulation du non régulé. Il est intéressant de voir, dans tout ce qui vient d'être présenté, qu'il y a eu la tentative de partir d'un besoin, d'une approche territoriale et de la gestion des ressources locales. Le seul intérêt de ces systèmes est qu'ils ont rendu lisible une partie du système en légitimant les acteurs. Jesouligne, par ailleurs, que le principe de « pas de conflit de territoire » a été la règle. Cela veut dire qu'on est rentré dans une logique de contractualisation et quand j'ai entendu qu'il fallait que chacun des acteurs, avec sa propre logique, trouve ses propres attentes, je me dis qu'à un moment donné, il y a contradiction des problématiques individuelles, des problématiques de santé publique et des problématiques de gestionnaires. Il faudra donc décider dans des contextes de cette nature.

Quant à l'articulation, je trouve intéressant que les uns et les autres s'impliquent puisqu'on est souvent dans des activités qui nécessitent des compétences multiples. L'objectif de la table ronde était d'aborder l'articulation en amont et en aval, et cette partie semble moins lisible. Apparemment, il existe quelques documents et outils, mais je ne sais pas si cette problématique a été éclairée.

Un quart de la population française, tous les mois, rencontre un médecin généraliste. L'USEM a fait des études sur ce sujet, et a eu la surprise de voir que, contrairement à l'opinion, même dans les grandes métropoles, le médecin généraliste était le référent, à la fois prioritaire et le plus souvent vu. Pour une question de santé publique, comment utilise-t-on, de façon cohérente, ce maillon qui est toujours là, malgré les souhaits de nombreuses personnes ? Par ailleurs, 80 % de la population française ont, actuellement, le même médecin depuis cinq ans. Cela veut dire que si nous jouons une logique de continuité, une logique territoriale, une logique de santé, on ne pourra pas faire sans lui. Comment organise-t-on la coordination avant et après parce qu'elle est nécessaire ?

Une articulation avant et après la consultation de prévention par des professionnels libéraux (infirmiers, diététiciens, psychologues, etc.)
« Dénutrition des personnes âgées dans les Côtes d'Armor »

Hervé GOARIN, URCAM - AROMSA Bretagne

Je vais vous présenter le résultat d'un programme d'évaluation et d'intervention sur la dénutrition et la déshydratation des personnes âgées dans les Côtes-d'Armor, sur la base de quatre parties : le projet et la méthodologie, la réalisation du programme, les conclusions, et l'ouverture sur une action plus concrète et qui a bénéficié de premiers rectificatifs de cette opération pilote.

En France, on évalue à 5 % la prévalence de la dénutrition chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Cela a été évalué par l'INSERM à l'occasion des admissions à l'hôpital de personnes âgées et on peut aller jusqu'à des prévalences de 40 à 80 % de dénutrition chez les patients en institution. Quelle était la situation dans un canton des Côtes-d'Armor ? Peut-on remédier à cet état de fait s'il est confirmé ? Telle était la problématique posée.

Cette action-pilote se place dans le cadre d'un PRAM*. Le groupe de travail est piloté par l'URCAM et l'URML, la MSA assurant la mise en œuvre du projet. Le financement est majoritairement FAQSV, mais aussi FNPEIS*, régime général, et FNPEISA*, régime agricole. Deux communes des Côtes-d'Armor ont été concernées : Binic et Etables-sur-Mer. Dans ce canton, les médecins sont habitués à travailler ensemble, et quatre praticiens sur les sept concernés participent à des groupes qualité URML-URCAM. Par ailleurs, la collaboration entre les autres libéraux est excellente. Le médecin coordonnateur pressenti est un ancien médecin en MICA*, un ancien généraliste du secteur. Il avait donc toutes les entrées, et une bonne connaissance du biotope médico-social local. Pour ce projet, la population cible a été les 75 ans et plus, et nous nous sommes appuyés sur l'Evaluation Gériatrique Standard (EGS), le bilan à domicile fait par les infirmiers, une évaluation qui s'appuie sur le MNA (Mini Nutritional Assessment), un test d'appui monopodal utilisé pour la première fois sur la population tout-venant à domicile. Le mini-GDS, un test de dépression et un test de fluence verbale ont également été utilisés. Tous les résultats sont adressés au médecin traitant qui, en cas d'anomalie, demande un bilan biologique complémentaire, et une orientation éventuelle vers un spécialiste, en particulier une cellule gériatrique pluridisciplinaire (suspicion d'Alzheimer par exemple). A une autre étape du projet, la diététicienne intervient à domicile ou en foyer logement pour bilan et conseils, avec possibilité d'intervention d'autres professionnels de santé (le kinésithérapeute, l'infirmier(e)...). Un système d'alerte social a été également prévu, ainsi que des ateliers équilibre susceptibles d'aller dans l'esprit de cette action. A six mois, un nouveau bilan est effectué pour juger de l'évolution et d'un éventuel intérêt de la prise en charge.

978 personnes avaient été ciblées, choisies pour 940 d'entre elles à partir des listes électorales, 38 étant signalées par les infirmiers. Toutefois, cette population est extrêmement mouvante puisque nous avons eu 115 déménagements, 56 décès et 43 refus dont 25 lorsque la propre famille s'occupait de la personne. Y avait-il un sentiment d'autosatisfaction de ces familles ou au contraire un sentiment d'intrusion ?

Au total, ce sont donc 724 personnes qui ont été testées, soit un taux de participation de 74 %. L'âge moyen des personnes était de 82 ans pour les personnes à domicile, 88 ans pour les personnes en foyers-logements. Nous avons associé à ce projet, en inter-régime, une présentation grand public sur la nutrition qui a attiré 160 participants. Par ailleurs, les ateliers équilibre ont été une prolongation intéressante de cette action sur le terrain.

Le principe du test d'appui monopodal est de tenir cinq secondes au minimum sur un seul pied puis sur l'autre. L'on constate un taux d'échec de 60 % pour les personnes en foyer-logement, 28 % pour les personnes à domicile, ce qui montre bien qu'il y a un critère de dépendance fonctionnelle entre le domicile et le foyer-logement. Le test mini-GDS, test de dépression, est normal dans 80 % des cas. Par ailleurs, 110 personnes ont un MNA anormal.

Les tests sur les dénutritions probables ou possibles font ressortir un taux de 13 % pour les personnes à domicile, et de 42 % pour les personnes en foyer-logement. Pourtant, la qualité de la nutrition en foyer-logement n'a pu être remise en cause, mais témoigne plutôt d'un problème

d'accompagnement ou de perte d'autonomie. L'on a pu constater que le pourcentage de dépistage de dénutrition était nettement supérieur aux 5 % indiqués dans la littérature, et qu'il y avait un meilleur équilibre à domicile. Enfin, la thymie était moins dégradée en institution que ne le laissait prévoir la moyenne d'âge (6 années supplémentaires) et la dépendance fonctionnelle. C'était là un des intérêts de notre travail.

Tout ceci a confirmé la nécessité d'un chef de projet local consensuel, pour une meilleure coordination des acteurs de terrain. L'infirmier devient un acteur de santé déterminant, va à domicile tous les jours, voit l'entourage, voit des différences, des modifications de comportement de l'assuré, dans un contexte où l'assurance maladie encourage le médecin-traitant plutôt à faire un maximum de consultations au cabinet. Cet infirmier se retrouve donc pivot du système de santé, susceptible d'attirer précocement et préventivement l'attention du médecin traitant qui devient le coordonnateur de soins et des soignants.

Cette étude était pilote, avant une expérimentation de plus grande envergure dans le Finistère, mais avec une modification de la méthodologie, notamment en pratiquant le bilan biologique avant d'envoyer les patients chez le médecin traitant.

Un audit URCAM, dans le cadre du FAQSV, a été réalisé mais les résultats ne sont pas encore disponibles. L'évaluation, quant à elle, a été confiée à une société mise récemment en règlement judiciaire, d'où l'obligation de confier cette tâche à une autre société.

Pour terminer, voici quelques résultats sur le site de Pont-Croix. 1128 personnes concernées dont 229 n'ont pas été vues, soit 20 %. 765 enquêtes réalisées, soit 85 %. 162 personnes avec un MNA pathologique, soit 22 %. Le GIR moyen pondéré se situe à 700-800, il était de 300-400 dans le premier site expérimenté, donc une dépendance beaucoup plus importante. 73 personnes vues par le médecin, 36 nécessitant la visite de la diététicienne.

La place de l'orthophoniste dans la prévention et la prise en charge multidisciplinaire des troubles du langage

Nicole DENNI-KRICHEL, Fédération nationale des orthophonistes

Quelques chiffres conduisent à l'obligation de revoir notre politique en matière de prise en charge des troubles du langage. En effet, 6 % des jeunes sont en situation pouvant déboucher sur l'illettrisme. Le développement de notre société fait que la prévention et le dépistage des troubles du langage sont à l'ordre du jour dans notre pays, à la faveur d'un rapport demandé par les pouvoirs publics. Toutefois, les orthophonistes n'ont pas attendu l'an 2000 pour se préoccuper de ce qu'ils considèrent, depuis longtemps déjà, comme une de leurs missions. On trouve déjà trace de ce souci dans les écrits de la fondatrice de notre profession, Madame Borel-Maisonny*, dès les années 50. Mais, c'est surtout à partir de la fin des années 70, sur l'initiative d'un orthophoniste Pierre Ferrand, qui relève le pari de la conception d'un test de prévention précoce, que la conception orthophonique en matière de prévention prend corps et, donne un sens nouveau à l'intervention de l'orthophoniste dans le domaine de la santé. Il faudra attendre, cependant, l'année 92 pour que cette compétence soit reconnue par les pouvoirs publics, et l'année 2002 pour qu'une pleine responsabilité soit accordée aux orthophonistes pour remplir cette mission. L'histoire de l'orthophonie, dans la seconde moitié du XX^e siècle, atteste de son souci de mettre l'accent très rapidement sur la prévention avec la mise en place d'actions de prévention et la création d'outils de dépistage divers.

Comment est-il encore possible, aujourd'hui, de tergiverser quant à la nécessité de mettre en œuvre une politique de prévention en matière du trouble du langage et des apprentissages ? Alors que l'expérience des professionnels et les statistiques d'échec scolaire montrent que ces troubles conduisent la grande majorité de ces enfants à l'échec scolaire, voire à l'exclusion. En effet, si de 2 à 5 ans, les enfants sont atteints de trouble d'articulation, de la parole, du langage ou des diverses pathologies de la communication, de 5 à 8 ans, ils éprouveront des difficultés dans l'apprentissage de l'écrit. Après 8 ans, ils se retrouveront rapidement en échec scolaire partiel ou généralisé. Et, à l'âge adulte, dans le pire des cas, ce seront des personnes illettrées, sans formation, victimes d'une

exclusion sociale en raison du chômage, coupées de l'accès à la culture. Dès les années 80, un test de dépistage, pour les enfants de 3 ans et 6 mois à 5 ans et 6 mois a fait apparaître qu'environ 15 % des enfants, dès 5 ans, présentent des troubles plutôt importants dans l'acquisition de leur langage, pour lequel il est indispensable de mettre en œuvre des suivis spécialisés au risque de les voir très rapidement marginalisés dans le système scolaire. D'ailleurs, le rapport Ringard* a permis d'avancer ces chiffres : 5 % des enfants seraient atteints de dyslexie commune et 1 % de troubles graves.

Que peut-on gagner à attendre, alors que nous savons tous comment il conviendrait de faire ? C'est tout naturellement que l'orthophonie peut situer son action aux trois stades de prévention, tels que définis par l'OMS. Le partenariat dans la prévention est, bien entendu, une condition indispensable. Dans notre pays qui a mis en place, il y a 120 ans, l'école obligatoire, gratuite et laïque, nous mesurons tous les jours les échecs d'un système qui laisse sur le bord de la route un nombre important d'enfants qui souffrent et de familles qui ne savent comment faire pour aider leur enfant. Aujourd'hui, nous l'affirmons avec une réelle volonté politique, par des mesures réglementaires simples, par une réforme des études initiales des professionnels de santé et de l'éducation, prenant en compte une transversalité des compétences par des plans cohérents, mettant en relation de travail tous ceux qui s'occupent des enfants, une politique de prévention et de dépistage de ces troubles est possible, d'ores et déjà, avec les moyens actuels.

Au centre de cet indispensable partenariat, nous trouvons, évidemment, l'enfant et sa famille, et autour d'eux, un certain nombre de professionnels de la petite enfance. Cela suppose une révolution dans les pratiques, jusqu'à présent plutôt cloisonnées, et une évolution rapide des mentalités des uns et des autres. En premier lieu, il conviendra de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour un partage de l'information dans des réseaux formels ou informels et d'instaurer une véritable culture de santé partagée par toutes les parties prenantes.

La prévention en orthophonie relève de l'information. Dotés de connaissances, d'un savoir-faire et d'une expérience clinique auprès des enfants atteints de troubles du développement du langage, les orthophonistes peuvent partager leur savoir, au bénéfice de toutes les personnes qui sont en contact avec l'enfant. C'est pourquoi ils demandent que se généralise l'information auprès des parents quant au développement du langage, aux attitudes éducatives positives, aux relations langagières interactives à instaurer par les parents, aux moyens de repérer très précocement les déviations ou les difficultés qui peuvent apparaître. Il est donc nécessaire de mettre à la disposition de chacun des livrets d'information, des films vidéo, des affiches réalisées par les orthophonistes à l'intention du grand public, des médecins ou des professionnels de la petite enfance. C'est dans ce but que la Fédération nationale des orthophonistes organise, depuis plus de dix ans, des semaines « Prévention des troubles du langage », et, plus récemment, a participé à la journée européenne organisée par le comité permanent de liaison des orthophonistes, l'OBOPED*. La participation des orthophonistes est toute aussi primordiale dans les congrès, colloques, séminaires, forums organisés par des institutions ou des professionnels concernés dans un esprit de partage des connaissances nécessaires à tous.

Si le partenariat est indispensable en matière de prévention, la mise en place d'une telle culture de partage doit commencer par la formation des professionnels intéressés, à un titre ou à un autre, dans ce domaine. Il serait, en effet, paradoxal que soit affichée une volonté de partenariat, sans que les orthophonistes puissent intervenir dans les formations initiales des différents professionnels de la petite enfance. De la même manière, l'intervention des orthophonistes est indispensable et demandée par de nombreux professionnels dans les programmes de formation continue des mêmes professionnels.

Dans une politique idéale de prévention, on ose imaginer un dépistage précoce réalisé de façon systématique. Manquant de moyens budgétaires et d'orthophonistes pour ce faire, il faut se rendre à l'évidence qu'on doit faire autrement. C'est ainsi qu'est apparue, dans les années 90, la notion de repérage qui pourrait se faire par ceux qui sont très tôt au contact même des enfants sur le terrain. En conséquence, les orthophonistes ont conçu des outils de repérage et de dépistage des troubles simples, faciles à réaliser, prenant peu de temps, et suffisamment fiables pour permettre une orientation rapide chez le thérapeute approprié. Ce repérage devrait pouvoir se faire à trois périodes essentielles du développement de l'enfant : entre 18 et 25 mois, âge de la mise en place du

langage ; entre 3 ans et demi et 4 ans et demi, âge de l'explosion linguistique ; puis entre 5 ans et demi et 7 ans, âge des apprentissages scolaires premiers : lecture, calcul. Une fois l'enfant en difficulté repéré ou dépisté, le partenariat va encore devoir se poursuivre pour la mise en place de toutes les mesures ou prises en charge spécialisées et adaptées à chaque cas. C'est là le rôle des réseaux indispensables, qu'ils soient éclatés ou institutionnalisés. Chaque fois que l'intérêt primordial de l'enfant sera en jeu, et qu'il conviendra aussi d'aider les parents à affronter les souffrances et les difficultés, chacun devrait pouvoir assumer son rôle en parfaite coordination. Les professionnels de santé, pour que les soins soient cohérents et coordonnés ; l'institution scolaire pour mettre en place les moyens pédagogiques nécessaires et permettre à l'enfant de sortir de l'école pour son suivi thérapeutique car, selon nous, l'école ne doit pas devenir un lieu de soin ; les services sociaux pour trouver les aides éventuelles à mettre en place auprès des familles ; les institutions, afin que l'accès aux soins soit possible pour tous. Ce ne sera qu'au prix de cet effort collectif, véritable révolution dans les mentalités et dans les pratiques, que pourront être véritablement pris en compte les besoins des enfants en difficulté d'apprentissage du langage.

Dans le domaine de la prévention, des outils sont nécessaires. Depuis plus de vingt ans, les orthophonistes ne cessent d'en créer, qui font, chaque jour, la preuve de leur caractère opératoire. Si une politique de prévention doit, à l'évidence, être cohérente, voire intelligente, il convient, en premier lieu, de dresser l'éventail des moyens disponibles actuellement en termes de compétences, de personnels, d'institutions et de budget, en rappelant qu'au cœur de ce partenariat indispensable, doit se trouver l'enfant et sa famille.

Après le repérage et le dépistage, il y a le bilan orthophonique qui permet de déterminer la nature des troubles de l'enfant, les capacités et fonctions altérées, ainsi que son potentiel d'aptitudes. Il permet de poser le diagnostic, de prévoir un projet thérapeutique et le pronostic. Il se doit, depuis 2002, de répondre à une architecture modélisée. Cette année-là, des évolutions importantes sont intervenues dans le domaine de l'orthophonie. Ces dispositions réglementaires ont renforcé la coordination des différents intervenants autour du patient et ont contribué à une plus grande complémentarité des différents professionnels. Le bilan est ainsi devenu la pièce maîtresse de la coordination entre le médecin et l'orthophoniste. Et ce bilan est, depuis, considéré comme un instrument de diagnostic, d'information, d'évaluation et d'échange interprofessionnel.

Depuis ces dernières années, les recherches effectuées sur le développement du tout-petit, ainsi que celles sur le langage, nous ont convaincus que la qualité de la relation qui s'établit entre l'enfant et ses parents est d'une importance fondamentale. De la naissance à la période de ses premiers mots, l'enfant fait la découverte du monde réel. Il effectue cette progression dans une relation d'échanges avec l'adulte, d'abord non verbaux, puis dans le langage. Mais les comportements spontanés des parents et, plus spécifiquement, des adultes, semblent désorganisés à l'annonce du diagnostic d'un handicap, mais aussi des difficultés langagières. On comprend alors aisément la nécessité d'une intervention la plus précoce possible pour rétablir une relation affective perturbée afin de permettre aux parents d'amener leur enfant à se constituer comme sujet et être de parole. L'enjeu de cette prise en charge précoce est donc important puisqu'il s'agit de dépister et de prévenir les problèmes à une période très sensible du développement du langage et de contribuer ainsi à la prévention de l'illettrisme, fléau de ce XXI^e siècle. Ce n'est que par un travail multidisciplinaire entrepris en lien étroit avec l'ensemble des acteurs de ce champ que nous avons le maximum de chances d'y arriver.

Débat dans la salle

Un intervenant

Par rapport au projet autour des personnes âgées, comment se passent les transmissions d'informations entre l'infirmière et le médecin ?

Un intervenant

Le médecin coordinateur remplissait un triptyque : un volet pour le médecin, un pour l'infirmier et un qu'il conservait. Ce document a été une façon de suivre la progression de façon concrète.

Un intervenant

Dans les deux expériences sur la dénutrition et le risque cardiovasculaire, l'on voit la nécessité d'avoir, à côté des médecins et autres professionnels de santé, une fonction d'animation, de coordination. Elle permet de favoriser la structuration et l'échange de l'information. Il y a probablement là de nouveaux métiers à imaginer.

Jean Luc Gallais

Il est intéressant de noter que nous sommes sur des problématiques dans un cadre officiel, mais qu'à chaque fois que nous mettons en place un système avec la volonté d'optimiser son fonctionnement, il est exonéré des règles habituelles du système général. La question des financements est réglée sur des montants « intéressants », mais l'on définit, à côté, des objectifs de santé, un seuil et un financement en fonction de ce qui est atteint. Le montant évoqué de 1 800 € est important, mais qu'en est-il des extensions possibles d'un tel système ?

Pour la SMEREP, les consultations sont tarifées à un tarif autre que celui que l'on appelle « le tarif opposable ». C'est là une façon de régler le différentiel entre les médecins de secteur 1 et de secteur 2. Comment régler la valorisation symbolique des professionnels, la procédure de légitimation, la procédure de clarté dans le système ?

Les expériences présentées s'arrêtent dans un an. Sur quel budget continuer ? Que faire après ? Au-delà de la bonne volonté, se posent de réelles questions budgétaires, à moins de remettre à plat les règles en cours du système.

Rémy BATAILLON

Au niveau de l'URML Bretagne, au moins, et en Partenariat de l'URCAM, ce sujet a été mis sur la table. Si nous voulons réorganiser, restructurer l'offre de soin de premier recours, il faut repenser le contrat qui lie les professionnels de santé de premier recours avec les financeurs, notamment l'assurance-maladie. Qu'est-il possible de faire, en France, en s'inspirant du modèle anglo-saxon, notamment avec la NHS* ? Lorsque nous avons proposé une rémunération conditionnée à l'atteinte de résultats, à notre grande surprise, la totalité des médecins et des élus de l'URML nous ont suivis. Il s'agit plus d'une problématique de représentation au sein des professionnels, une image d'offre un peu différente.

Jocelyne SAOS

Comment assurer le bon fonctionnement et le non-empilement ? Pour prendre le cas des personnes âgées, dans le cadre de l'APA, il existe tout un système d'évaluation de la situation et de la perte d'autonomie de ces personnes. Comment faire passer l'information sans que les professionnels de santé se retrouvent avec trop d'informations ? Comment faire en sorte que ces liens fonctionnent ? Comment faire en sorte que tous ces dispositifs fonctionnent ensemble et que tous les éléments détenus par les professionnels sociaux, les professionnels médico-sociaux puissent être interconnectés ?

Un intervenant

Pour notre part, le lien a été fait avec les services sociaux du département. En cas de solution possible par l'octroi d'une APA, les services concernés étaient informés, et le retour d'information se faisait auprès du médecin-traitant, du médecin coordinateur, du soignant et de l'intéressé. Ce versant social avait été sous-estimé, mais les services d'assurance maladie du régime général ont soulevé l'importance de cette coordination sociale.

Roland CECCHI-TENERINI

Pour aborder ces questions, il semble essentiel de partir de l'existant. Les professionnels sont déjà rémunérés dans le cadre d'une réglementation, la question est de gérer les interfaces et de financer les nouvelles pratiques. Le financement des réseaux est en train de péricliter, et se crée actuellement une nouvelle structure dont on ne connaît pas l'avenir. D'un côté, il y a des professionnels de terrain et une mise en œuvre d'expérimentations et, de l'autre, l'État, l'assurance-

maladie, les collectivités territoriales doivent s'intégrer dans ce processus. Cela suppose que l'ensemble des pouvoirs publics prennent leurs responsabilités et recherchent, avec nous, des nouveaux modes de financement et de tarification. Ce nouveau métier de manager ou gestionnaire de réseau, qui va le prendre en charge ?

Luc GABRIELLE, Présidente de l'Association drômoise d'éducation pour la santé (Ades)

Apparemment, l'on se préoccupe plus du dépistage et de la prise en charge des troubles du langage. Cet effort est-il suffisant ? A-t-on une idée des perspectives ?

Nicole DENNI-KRICHEL

Cette révolution des mentalités est assez récente. Autrefois, l'on disait que les orthophonistes faisaient de la prévention pour remplir leur cabinet, aujourd'hui, le problème est de parvenir à prendre en charge les enfants qui nous sont adressés. Certaines régions demandent jusqu'à six mois d'attente. Les orthophonistes ne sont pas assez nombreux sur le terrain, d'où l'utilité de travailler en coordination avec les autres professionnels de la petite enfance et les médecins, notamment pour ce qui est repérage, dépistage.

Depuis les années 2000, cela bouge un peu, mais pas suffisamment. En décembre 2006, nous avons organisé un colloque sur toutes les propositions existant au sein de notre profession, et sur les expérimentations menées. Selon moi, il va falloir pérenniser tout cela, et du travail reste vraiment à faire.

Prisca MICHEL, SOLIPAM (Solidarité Paris Maman)

SOLIPAM est un réseau de santé qui s'adresse aux femmes enceintes isolées, seules et sans logement à Paris, autrement dit des femmes enceintes SDF. Dans la convention constitutive de ce réseau, nous avons l'assistance publique et les hôpitaux de Paris, la protection de la DFPE, la Direction de la Famille et de la Petite Enfance, et bientôt la DASES et le SAMU social de Paris, le Centre d'Action Social Protestant. Nous travaillons avec Emmaüs et un certain nombre d'associations. Tout cela pour dire que le travail pluridisciplinaire, pluriculturel, plurifonctionnel est possible, et que les résultats sont très intéressants. Pour notre part, nous avons deux coordinatrices : une assistance sociale et une sage-femme.

TABLE RONDE :

Robert PERREAULT, Direction de la santé publique de Montréal-centre

Quand on parle de prévention, que cherche-t-on à prévenir exactement ? Les initiatives présentées étaient de tous les ordres, certaines d'ordre fondamentalement organisationnel, d'autres dans le sens de l'hyper-professionnalisation de la prévention.

La prévention est ce que l'on fait quand on ne maîtrise pas les causes. Le tabac en est un merveilleux exemple. En effet, si l'on ne connaissait pas l'élément de causalité entre le cancer du poumon et le tabagisme, on en serait encore à faire du dépistage avec des rayons X du poumon. On parlerait de prévention, mais pas d'actions sur les déterminants de la santé. L'exemple de l'analyse nutritionnelle individuelle chez les étudiants, dans un contexte où une grande partie des étudiants sont pauvres, vivent des conditions d'accès aux aliments précaires, relève, selon moi, des méga-déterminants et des politiques publiques, et non d'une intervention individuelle.

En tant que psychiatre, je suis profondément persuadé qu'il est inutile de donner des conseils à des gens qui ne veulent pas les entendre. Pour exemple, en matière d'hypertension, nous pouvons prescrire des médicaments antihypertenseurs, mais nous savons qu'au bout de douze mois, 55 % des gens auront cessé de les prendre. Dans le cas de la dépression, 65 % des personnes auront cessé leur traitement au bout de trois mois. Nous voulons aider les gens à prendre en charge leur santé, mais selon moi, le grand absent de ces journées reste le public. Par quoi est-il intéressé ? Si un parcours de prévention implique de rencontrer cinq professionnels dans la semaine, et que la personne exerce le métier de boulanger, sera-t-elle capable de participer à ce merveilleux effort qui est fait en son nom ?

Selon moi, nous devons devenir plus spécifiques. En effet, certains éléments demandent la participation active des professionnels (le dépistage du cancer du côlon, par exemple), mais d'autres comme la prise en charge de son alimentation peuvent être pris en charge directement par le citoyen. Pour cela, il lui suffit d'avoir de l'information, et surtout de trouver quelqu'un qui puisse agir sur sa motivation. Plus on a de contrôle sur sa vie, plus on a de chances de réussir cette fameuse prise en charge de la santé. En ce sens, la prévention est une sorte d'intervention secondaire, quand il est possible d'agir sur des déterminants plus importants.

Ceci étant, la question fondamentale de la consultation de prévention est devant nous. Il faut absolument se questionner sur son contenu, parvenir à développer une intervention suffisamment discriminante pour personnaliser cette consultation selon les besoins des diverses personnes. Dans un journal, je lisais que la disparition progressive de la profession de journaliste était amorcée, notamment parce que le public peut faire office de journaliste à travers les blogs et autres sites. Dans la même idée, selon moi, la meilleure analogie pour le succès de la prévention serait que les citoyens prennent de plus en plus de place, et les professionnels de moins en moins.

Jean GODARD

Selon moi, la multiplicité des expérimentations est un symptôme du fait que nous cherchons depuis longtemps. Ces expérimentations montrent leurs qualités, leurs défauts, on les abandonne et c'est normal, mais parfois, elles restent lettre morte.

En tant que président de la Commission santé publique des URML, je m'occupe des réseaux et de dépistage du cancer. Quand je demande à mes collègues s'ils font de la prévention et, plus largement, s'ils participent à la santé publique, ils répondent tous positivement. Cette réponse ne me rassure pas parce qu'à mon avis, pour participer à la santé publique et faire de la prévention, trois conditions doivent être réunies. D'abord, il faut, sans changer de logique, sortir des soins et passer au stade de l'appréciation de la santé du patient et du citoyen qu'on a en face de soi. C'est loin d'être fait, essentiellement pour une question de formation initiale. Ensuite, il faut que notre attitude soit systématisée, qu'il y ait de l'organisationnel. Aujourd'hui, les médecins traitants, généralistes sont informatisés à 94 %, mais il n'est pas certain qu'ils l'utilisent bien. Par ailleurs, les logiciels à leur disposition sont vraiment archaïques, et pour prendre l'exemple du DMP, possèdent plusieurs versions donc, on ne peut même pas parler d'universalité. Ensuite, il est nécessaire que les professionnels de santé soient investis de missions. En effet, au-delà de la

médecine générale, les infirmiers, les orthophonistes, les kinés et les pharmaciens, les acteurs médicaux ou sociaux, sont-ils réellement investis de missions de santé publique ? J'en doute beaucoup.

Dans le cadre du dépistage du cancer du sein, j'ai créé et ouvert une structure avec une méthodologie très originale dans mon département, qui a fait ses preuves lors de la première vague de dépistages. Dans les deux premières années, nous avons pu inclure 60 % de la population cible, un taux supérieur au taux moyen qui tourne autour de 45 %. Lors de notre deuxième vague de dépistages, il nous a été demandé de rentrer dans le rang national. Nous avons donc créé une structure de gestion que nous animons et, aujourd'hui, les médecins participant à cette campagne, se sentent dépossédés, trompés. Ils ont fait des efforts pour s'engager dans la démarche, et se sentent aujourd'hui abandonnés. Tout cela pour dire qu'il est temps que les pouvoirs publics regardent ce qu'ils veulent confier aux uns et aux autres, et donnent des fonctions, des missions très clairement édictées pour que le système puisse fonctionner.

Jean-Luc GALLAIS

Le propos sur la mission renvoie à un processus social que nous connaissons bien, à savoir les processus de désignation. En ce sens, la médecine et les professionnels du sanitaire et du social ont besoin d'un mandat, d'abord politique et social, puis le mandat que l'utilisateur donne aux professionnels dans une relation contractuelle. Ainsi, on agit et développe des contractualisations à différents niveaux : usagers-professionnels, au sein d'une profession, de l'organisation sociale, avec l'assurance maladie, les Conseils généraux, etc.

La santé se construit d'abord dans la famille, à l'école et dans le travail, le médical et le soin arrivant ensuite. Selon les chiffres, nous savons ce qu'il en est du capital individuel, des habitudes de vie, de l'environnement et du soin. Il faut ramener les choses à leur place, et reposer la question de la place et la responsabilité du sujet-usager pensant, actif et responsable.

Un intervenant

Concernant les consultations diététiques des étudiants, les pouvoirs publics n'arrivent pas forcément à cibler la population des étudiants. En effet, concernant la nutrition, des spots publicitaires et des actions s'adressent aux plus jeunes, notamment dans les écoles. En études secondaires, les étudiants sont beaucoup moins touchés. C'est donc aux mutuelles étudiantes de le faire. Selon moi, aborder un point particulièrement ciblé peut être une très bonne approche pour travailler avec l'étudiant. Ces consultations de prévention sur des thèmes bien prévus vous permettent à l'étudiant de communiquer des informations dont nous ne disposons pas. Il va pouvoir travailler aussi à prendre ses propres responsabilités, prendre son autonomie, et participer à son propre système de santé.

Pierre LANCIEN, Médecin dans un centre d'examen de santé

Jusque là, les propos ont tourné autour des interactions entre certains institutionnels et certains libéraux. Comment voyez-vous l'articulation du binôme prévention et centres d'examen de santé ?

Un intervenant

Selon moi, ce qui a été posé au travers de l'ensemble des expérimentations présentées, au-delà de leur pérennisation, est la remise en cause du système de santé actuel. Dans cette perspective, nous tentons d'expérimenter localement certaines réorganisations du système de santé. Les centres de santé doivent être partie prenante des expérimentations menées parce que l'ensemble des médecins doit intégrer, dans leur consultation, des éléments de prévention. Ce n'est pas fait, certainement en raison de ce mode de paiement à l'acte ou pour toutes autres raisons. Il ne s'agit pas d'opposer les médecins libéraux et les centres de santé, mais de poser clairement la question de l'organisation du système de santé plus largement.

Un intervenant

Il est question de l'examen préventif de santé, et non des centres de santé qui délivrent des soins. Depuis trente-cinq ans, dans le cadre de l'assurance maladie, des bilans périodiques de santé

existent. Vous, professionnels de tout bord, pouvez-vous ou non les utiliser ? Pourquoi, à aucun moment, ne citez-vous la possibilité de l'examen périodique de santé ?

Un intervenant

A Dijon, un centre de santé propose un bilan de santé aux étudiants parce qu'ils ont été reconnus comme un public cible prioritaire pour la caisse. Dans d'autres départements, cela n'a pas pu se faire malgré nos demandes.

Jean GODARD

Dans les textes de loi, un acte de santé et de prévention est prévu, à mettre normalement à la nomenclature. Il ne l'est pas, et c'est tant mieux parce que la consultation de santé publique ne doit pas se faire lors d'un seul acte, mais doit avoir lieu dans le temps. Il faudrait, compte tenu de la relation particulière du médecin traitant avec sa population et ses patients, qu'il existe une forfaitisation de cette mission dédiée à la médecine générale, afin de faire en sorte d'aider et d'accompagner le patient tout au long de son cursus avec son médecin traitant. D'abord, une phase de collecte d'informations. Ensuite, une phase de comparaison de cette information au référentiel, aux volontés publiques de mettre en place des plans de santé publique. Ensuite, il faut que ce soit adapté à l'individuel, et là, le médecin traitant pourrait, lors d'une consultation, proposer des conduites adaptées aux patients en fonction des plans régionaux, nationaux, et en fonction de risques individuels. Ensuite, arrivent les phases de suivi et de collection. Ce fonctionnement me paraît logique. On pourrait certes professionnaliser la santé publique, mais on y perdrait beaucoup. La santé publique est tout à fait indiquée dans l'enseignement, la recherche, et l'encadrement de ces unités fonctionnelles de proximité.

Un intervenant

Les professionnels doivent percevoir tous les dispositifs en tant qu'aides aux aidants. Je viens d'une ville du département de Seine-Saint-Denis, un département stigmatisé, où le taux de pauvreté est de 49.9 %. Ces centres sont donc utilisés parce qu'il n'y a aucune avance de frais, notamment dans cette offre spécifique de bilan. La circulation d'informations fonctionne assez bien, nous sommes dans une procédure de dialogue et d'échange. La question, pour ces populations, reste le problème de l'organisation du suivi. En effet, tant que les personnes seront en situation de survie, sans toit, avec des problèmes d'identité, la santé ne sera pas leur priorité, encore moins la gestion au long terme de leur santé. Selon moi, les dispositifs mériteraient d'être repositionnés dans toute cette évolution.

Un intervenant

Si l'on replace le débat dans ce qui a été dit en introduction, c'est-à-dire faire que les personnes trouvent leur propre motivation à agir, qui va les aider à évaluer les risques dans leur propre environnement ? Qui va les aider à agir en cas de besoin ? Qui va les informer sur les possibilités et l'ensemble des dispositifs possibles ? Il faut absolument, en France, que nous travaillions sur la complémentarité, et éviter d'empiler les dispositifs. Effectivement, il y a de nouveaux métiers, mais il faut les réfléchir en modifiant, faisant évoluer les dispositifs existants, mais sans en rajouter.

Robert PERREAULT

La médecine, l'univers de la santé interviennent pour 15 % dans l'ensemble de la problématique. Les valeurs prévention et promotion de la santé relèvent de la culture, et sont donc valorisés par le public. Selon moi, si la demande devient plus précise, cela contribuera à aider les professionnels à y répondre.

Philippe, SMEREP

Selon moi, l'important reste quand même la place de l'utilisateur, de l'étudiant. L'étudiant n'est pas une catégorie homogène. A 18 ans, on n'a pas les mêmes façons de voir les choses qu'à 28, et il est vrai que la durée des études fait que la population présente différentes typologies.

La difficulté réside dans l'harmonisation de toutes ces pratiques, et tous ces métiers, y compris les nouveaux métiers de coordinateur de réseau.

Selon nous, la prévention passe par l'implication des étudiants, la formation des étudiants à la question de l'alcool, de l'alimentation, etc. Et quelle que soit la population cible, impliquer l'utilisateur doit être l'objectif de l'ensemble des professionnels.

Un médecin épidémiologiste, responsable veille sanitaire au Conseil général de Seine-Saint-Denis

Quelle place pour le médecin traitant par rapport aux consultations de prévention ? J'ai cru comprendre, en entendant mes confrères à la tribune, qu'ils souhaitaient qu'il garde une place centrale dans ce dispositif. Or, du point de vue de l'organisation, nous rencontrons des soucis de démographie concernant les médecins généralistes. Ils ont déjà beaucoup de choses à assumer dans leur exercice quotidien.

Jean-Luc GALLAIS

D'abord, il ne faut pas faire du problème de démographie médicale la question centrale. Dans les deux expériences bretonnes présentées, nous sommes bien dans cette perspective d'essayer d'identifier les rôles que peuvent avoir les paramédicaux aux côtés des médecins pour renforcer l'organisation de la prévention. Par ailleurs, au-delà du problème de temps pour le médecin, nous avons le sentiment qu'il s'agit plutôt d'un contrat de lisibilité. Si les médecins et autres professionnels de santé ont une lisibilité sur la mission, sur le mandat qui leur est donné, ils feront de la prévention et dégageront du temps. Autrement dit, le paiement à l'acte n'incite pas les médecins à faire de la prévention.

Mutuelle des Etudiants

La question que vous venez de poser me semble essentielle par rapport au métier et au rôle de chacun. Pour notre part, nous considérons le médecin traitant comme le médecin du soin. Ceci ne veut pas dire que dans le soin, il n'y a pas un volet éducatif et informatif, mais il semble que le champ de la prévention suppose effectivement d'autres apprentissages. Des médecins généralistes et des médecins traitants peuvent faire de la prévention de façon excellente, mais cela a supposé de leur part tout un travail intellectuel, du colloque singulier à l'approche collective des déterminants de santé. Par ailleurs, je m'interroge effectivement sur qui est le meilleur pour faire de la prévention quand on reste dans le champ du médecin. J'exclus les autres professionnels pour le discours, pas pour la pratique. Faut-il vraiment être le médecin traitant de la personne qu'on soigne pour faire de la bonne prévention ? Est-il le mieux qualifié compte tenu des rapports qu'il a dans le cadre du colloque singulier ?

Jean GODARD

Je parlais du dépistage du cancer du sein en Seine-Maritime où les cliniciens ont montré leur efficacité en termes d'inclusion de la population cible. Cela ne veut pas dire que dans tous les champs de la santé publique, le médecin traitant soit le mieux indiqué. En revanche, il présente au moins quatre qualités : une proximité géographique et culturelle avec son patient, une accessibilité financière, une accessibilité dans le temps. Le patient n'a pas spontanément une démarche de santé publique, mais quand il l'a, elle est souvent pulsionnelle. Il faut donc le saisir, même quand il n'est pas prêt, pour commencer à planter les premiers jalons. Cela ne veut pas dire que nous sommes les seuls acteurs possibles, mais nous en faisons partie. Il ne faut pas se positionner en termes de concurrence, mais de complémentarité. Nous pouvons travailler ensemble, et faire de la prévention primaire, secondaire, tertiaire, les acteurs peuvent trouver leur place. Au-delà de cela, il y a effectivement des populations particulières (femmes enceintes SFD, etc.) pour lesquelles il faut des solutions particulières.

Parcours de prévention : quel nouveaux services et quels outils pour les professionnels et les assurés ?

Les généralistes et la prévention « Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention : les enseignements du panel PACA »

Yann VIDEAU, INSERM

L'objectif de cette présentation est d'essayer de rendre compte de la pratique en médecine générale, en matière de prévention et d'éducation à la santé. Nous nous sommes intéressés notamment aux déterminants de la mise en œuvre d'actions de prévention par les professionnels de santé tout en gardant à l'esprit qu'il faut être prudent sur le terme « déterminant » puisque la causalité n'est jamais vraiment établie (nous n'avons que des corrélations) Nous nous sommes penchés particulièrement sur les actions déjà prises en charge par les médecins généralistes, mais aussi leur disposition à élargir le type d'actions qu'ils sont amenés à réaliser. A partir de là, nous avons essayé de voir les leviers qu'il était possible d'actionner pour essayer d'améliorer les pratiques, et de repérer les besoins de formation qui restaient à satisfaire. A partir de ce panel de médecins, nous avons analysé l'hétérogénéité des pratiques des médecins généralistes en région PACA, en évaluant un peu les connaissances, les attitudes, les croyances et les pratiques des médecins afin d'essayer de cerner les motivations et les freins aux pratiques de prévention, et les besoins à satisfaire prioritairement pour améliorer ces pratiques.

Le panel de médecins généralistes PACA est né de l'interaction entre l'Observatoire Régional de Santé PACA et l'Union Régionale des Médecins Libéraux. Ce panel comptait 5 435 médecins généralistes en PACA. Nous sommes parvenus à un échantillon représentatif, avec 628 médecins. De 2002 à aujourd'hui, six vagues ont permis d'étudier des variables d'activités des médecins, mais aussi de voir comment ces médecins prenaient en compte le handicap, l'obésité, la dépression et, sur la dernière vague, les activités de prévention et de santé publique, ainsi que leur opinion vis-à-vis de la réforme de l'assurance maladie de 2004.

Le questionnaire traitait de quatre volets principaux, dont deux concernaient la pratique de prévention des médecins et le module baromètre INPES qui nous permettait un peu de cerner le sentiment d'efficacité des médecins, vis-à-vis d'un certain nombre de pratiques de prévention.

Notre objectif était de construire un score de prévention et d'essayer de voir quelles étaient les variables qui pouvaient expliquer le fait d'avoir un plus ou moins bon score. Ce score a été construit à partir de seize questions, et le maximum théorique de ce score était de 64 puisque nous avons les quatre modalités par question. Les questions portaient sur la proposition d'une mammographie de dépistage, la proposition d'un sevrage tabagique aux patients fumeurs, le repérage des problèmes de poids, le relevé de l'indice de masse corporelle des patients, la proposition de l'utilisation d'un carnet alimentaire, et autres.

D'un point de vue méthodologique, nous nous sommes assurés que ce score était cohérent, c'est-à-dire qu'il permettait bien de mesurer une certaine qualité des pratiques préventives et d'éducation à la santé des médecins généralistes. Pour cela, nous avons utilisé la méthode de l'alpha de Cronbach* qui, s'il est supérieur à 0,7, permet d'affirmer que ce score est cohérent, et qu'il vise bien à mesurer le phénomène qu'on souhaitait.

Ce score de prévention fait ressortir notamment que les femmes ont en moyenne un meilleur score que les hommes, ce qui tend à vérifier ce qu'on trouve dans la littérature puisque les femmes sont jugées, le plus souvent, plus efficaces en termes de prévention que les hommes. Par ailleurs, l'hétérogénéité des pratiques chez les femmes est beaucoup plus faible que celle des hommes. 90 % des médecins généralistes déclarent interroger les gens sur le tabagisme, proposer des mammographies, repérer les effets iatrogènes. A l'inverse, au bas de l'échelle, on s'aperçoit qu'en cas de prescription de contraception d'urgence, d'utilisation de questionnaires préétablis pour repérer des facteurs de risque, ou même de proposition des consultations annuelles de prévention, les médecins généralistes sont moyennement engagés dans ce type de pratique.

Nous avons donc pris les 25 % des médecins qui avaient les scores de prévention les plus élevés, les 25 % qui avaient des scores de prévention les plus faibles, et le groupe du milieu qui représente 50 % des médecins. Nous avons tenté d'étudier les facteurs qui vont faire que le médecin se situe dans les 25 % des médecins qui font davantage de prévention. Ainsi, nous avons testé une quarantaine de variables pour essayer de voir quels pouvaient être les déterminants de ces bonnes

pratiques préventives. Dans la catégorie « opinion », on s'aperçoit de manière assez intuitive que les médecins qui affirment que le médecin généraliste devrait mieux tenir compte de la dimension de santé publique dans ses pratiques, font partie des gens qui ont de très bons scores de prévention. De même, les gens qui considèrent que c'est le rôle du médecin libéral de faire de la prévention, sont aussi des gens qui sont associés à un bon score de prévention. Au niveau des sources d'informations, les médecins mobilisent des informations sur les sites Internet mais aussi énormément l'expérience qu'ils ont eue avec les patients, le tout complété au cours de leur vie par des formations assez spécifiques (la variable « formation sur les thérapies cognitives et comportementales » est une variable qui est censée refléter tous les types de formations spécifiques). Les gens qui sont soumis à des formations spécifiques font aussi partie des gens qui ont un très bon score de prévention. Ensuite, dans la catégorie « pratique », on s'aperçoit que les médecins généralistes qui réalisent pour eux-mêmes un certain nombre de pratiques de prévention, selon qu'il soit homme ou femme, sont aussi des gens qui ont des bonnes pratiques préventives. De même, les gens qui participent à l'évaluation des pratiques professionnelles sont aussi des gens qui ont un très bon score de prévention. Concernant la variable « réalisation d'actes gratuits », les gens qui réalisent un nombre d'actes gratuits assez important font partie des personnes qui ont les meilleurs scores de prévention. Afin de vérifier que ce score n'était pas un effet lié au type de « clientèle », nous avons introduit le pourcentage de la clientèle qui est sous CMU, et l'on s'aperçoit que cette variable ne joue pas du tout. Enfin, dans la dernière partie sur les sentiments et attitudes des médecins, on s'aperçoit que les gens qui se sentent impliqués dans la lutte contre certaines pathologies, et qui ont un sentiment d'efficacité assez important ont un très bon score de prévention.

Ensuite, nous avons essayé de distinguer les facteurs explicatifs d'actions qui relèvent d'un côté de la prévention et de l'autre de l'éducation à la santé. Au niveau éducation, la satisfaction du rapport que l'on a avec le patient, mais aussi le fait de mobiliser l'expérience qu'on a avec les patients comme source d'informations sont primordiaux. Ces deux données permettent d'expliquer que la dimension éducation à la santé sera davantage prise en compte. En revanche, sur l'aspect vaccination, on s'aperçoit que c'est plutôt le fait de recourir à des guides de bonnes pratiques ou d'effectuer, pour soi-même, ce type de dépistage. A partir de cette analyse, nous avons réussi à identifier les actions de prévention qui étaient faites de manière assez rare par les médecins généralistes, notamment l'utilisation de carnet alimentaire ou le recours à des questionnaires préétablis. En revanche, si l'on trouve certains déterminants assez attendus, certains autres qu'on a l'habitude de trouver dans la littérature sont absents. En l'occurrence, la variable « âge » n'a pas l'air de jouer. Ainsi, en fonction des actions de prévention visées, les leviers à activer doivent être différents, selon qu'on cherche à faire de l'éducation à la santé ou de la prévention. Nous avons également cherché à comparer les sentiments d'efficacité des médecins en fonction des différentes actions de prévention et des pathologies. Pour la prise en charge des dépistages du cancer et de l'état dépressif majeur, les médecins se sentent plus efficaces que pour des activités de prévention qui visent l'alcoolisme, l'activité physique ou le surpoids. Il est intéressant de noter que les médecins se sentent à 76.6 % bien préparés pour lutter contre l'obésité ou le surpoids, mais seulement 42 % se sentent efficaces sur cette problématique. Enfin, concernant les besoins de formation, les médecins sont satisfaits de l'offre de formation qui leur est faite pour la dépression. En revanche, pour des domaines comme le handicap, le tabac ou l'obésité, il y a un manque de formation à combler.

Pour conclure, à partir de ces données, nous avons envisagé, sans prétention d'exhaustivité, quatre leviers de politique publique : accroître l'offre de formation dans certains domaines spécifiques, introduire certains types de rémunération pour inciter certaines démarches préventives, envisager une communication pour convaincre que c'est bien le rôle du médecin de faire de la prévention, dégager du temps libre en encourageant la délégation à des auxiliaires de santé.

Marie-José MOQUET, INPES

Vous avez dit que les femmes étaient plus efficaces en prévention. Compte tenu que vous n'avez pas mesuré l'efficacité des actions, ne vouliez-vous pas dire qu'elles sont plus impliquées ?

Yann VIDEAU

Effectivement, le terme n'était pas approprié.

Un intervenant

Selon moi, le résultat de cette prévention dépend de la personne elle-même, de ce qu'elle va vouloir accepter du conseil qui lui est donné et de ce qu'elle en fera, plus que du médecin et du message qu'il va délivrer.

Yann VIDEAU

Je suis d'accord, mais là, nous avons travaillé sur le sentiment d'efficacité du médecin. De la même façon, ce résultat dépend aussi de l'interaction patient-médecin.

Norbert NABET, URML Normandie

D'une manière générale, ce que vous dites est tout à fait juste, mais s'applique à n'importe quel soin, pour n'importe quel contrat qui peut exister entre un patient et son soignant.

Avec toutes ces questions sur la formation, la rémunération, l'organisation des soins entre les différents acteurs, nous continuons de traiter la prévention comme quelque chose d'extraordinaire qui dérogerait à toutes les règles du soin et de la relation entre le médecin ou le soignant et son patient. Expérimenter et les tester les choses sont intéressants, mais quel est l'objectif de ce grand groupe d'expérimentations ? A quelle question peut-on réellement répondre en mettant en lace toutes ces études intéressantes et recherches ? Où capitalise-t-on l'expérience ? Quel est l'objectif ? Est-ce de faire en sorte que la prévention reste quelque chose d'extraordinaire dans le soin, ou de faire en sorte qu'elle vienne s'intégrer dans une pratique de soin ? Pourquoi n'arrive-t-on pas à intégrer toutes ces pratiques dans un système qui est déjà plein d'acteurs compétents, plein de structures de formation ? Il n'y a aucune raison pour que les techniques testées ou évaluées ne viennent pas enrichir les programmes de formations initiales et complémentaires qui sont déjà diffusés dans les Universités.

**Quels types de services peut-on proposer aux médecins (formation, outils pédagogiques) ? L'exemple d'une formation
«Mésusages d'alcool : repérage précoce et intervention brève (RPIB).
Etude de faisabilité auprès de 97 médecins généralistes girondins sur une année »**

Philippe CASTERA, Réseau Addictions Gironde, AGIR33

Le repérage précoce et l'intervention brève auprès des patients en mésusage d'alcool a été validé au niveau international et français en 2003. En revanche, en France, il manquait une étude de faisabilité du RPIB alcool. Nous avons donc entrepris cette étude en collaboration avec la DRASS, l'URCAM et l'URML Aquitaine.

Nous nous sommes posés quatre questions essentielles. Comment amener les médecins à se former sur le RPIB ? Comment les amener ensuite à le pratiquer ? Comment les amener à pratiquer sur la durée ? Comment les amener à pratiquer le plus systématiquement possible ?

La participation des médecins à des formations est favorisée par la médiatisation qui suscite une demande des patients et, du coup, incite les médecins à se former dans certains domaines, par la rémunération et par la validation en crédit de FMC et de PP, l'aide attendue à la pratique. Nous avons donc choisi de recruter les médecins par une technique simple, associant plusieurs moyens. D'abord, un courrier présentant le projet a été adressé aux médecins par petit groupe d'une vingtaine. Ensuite, nous leur avons téléphoné dans la semaine suivante pour leur demander si cela les intéressait. Une fois leur accord obtenu, nous leur avons envoyé un carton avec la date d'une formation, le lieu de formation, à nous retourner. Ceci a permis d'obtenir un pourcentage élevé de participation à une formation sur le RPIB alcool, mais les médecins s'étaient engagés également à faire, pendant un an, du RPIB alcool systématique sur tous leurs patients. 171 médecins ont été ainsi contactés, 99 ont été recrutés et 97 d'entre eux ont réalisé au moins un repérage. Les médecins

contactés étaient des régions du Médoc et de Bordeaux, régions à forte culture viticole et ayant de grandes résistances au niveau des représentations, tant des médecins que des patients. Pour les actions futures, il nous est apparu intéressant d'essayer de s'adapter à la motivation des médecins, plutôt que de proposer une action toute prête triant les médecins selon leur motivation. Certains ont très vite abandonné, en invoquant la lourdeur de l'évaluation et de la paperasserie, mais continuent à pratiquer le RPIB sans participer à l'étude. Au total, ce sont donc 50 % des médecins qui ont fini par participer réellement à l'étude. 74 médecins, soit 74 % des engagés, ont pratiqué le RPIB dans les trois mois suivant la formation. Aux deuxième et troisième trimestres de repérage, ils étaient plus nombreux. Toutefois, à la fin, parce que nous arrivions en période d'été, les médecins ont abandonné le repérage, ils n'en avaient plus le temps.

Plusieurs facteurs étaient susceptibles de renforcer la motivation des médecins. D'abord, une rémunération forfaitaire de 1 100 € pour l'année du repérage, ensuite le passage quatre fois par an d'un assistant de recherche clinique. Une soirée-échange était organisée à mi-parcours, et une réunion finale de synthèse encourageait les médecins à poursuivre au-delà du projet. La médiatisation des résultats du projet n'est pas simple, ce renforcement paraît indispensable pour maintenir un résultat dans la durée.

Selon moi, si les médecins repèrent beaucoup de patients en mésusage, notamment alcoolodépendants, et que le système en aval bloque, ils sont très vite découragés et ne repèrent plus. Une action isolée de prévention n'a de sens que si tout le système de soins qui suit est efficient. Cela implique une assistance personnalisée auprès des médecins parce que pour faire de la prévention et du repérage, il leur faut des outils, des moyens techniques particuliers, il faut que les médecins soient approvisionnés régulièrement et informés des évolutions des outils. Cela implique aussi la disponibilité des consultations spécialisées, et une gratification du médecin.

Sur un an, 13 882 patients ont été repérés, 143 en moyenne par médecin. 3 040 patients étaient en mésusage, et 41 % de ces patients étaient méconnus de leur médecin. 16.3 % des patients vus par le médecin dans l'année ont été repérés.

Les mesures proposées par les médecins pour continuer résident essentiellement dans la médiatisation. Ils parlent de messages à la télévision, dans les journaux, pour que les gens soient sensibilisés aux problèmes d'alcool et considèrent normal le fait d'être repérés par leur médecin. Ensuite, ils ont envisagé la visite régulière d'un délégué de santé qui permettrait d'apporter aux médecins les outils, les informations sur les repérages et la prévention, des soirées échange et partage, la mise en place d'indicateurs, permettant aux médecins de quantifier le résultat de leur travail, et valoriser les médecins. En effet, ils ont demandé qu'il y ait au moins la reconnaissance en crédit FMC, une reconnaissance en compétence, en rémunération, et une coordination avec l'activité en réseau, pour que leurs patients soient accueillis plus vite dans les centres de consultation.

Nous avons mis en place toute une série de moyens, notamment le délégué santé-prévention qui fonctionne depuis 6 mois.

Sur trois mois en 2006, 70 % des médecins généralistes de Bordeaux ont été visités, 25 % refusent la visite. Nous avons eu accès à un nombre plus important de médecins qu'avec les formations. 5 % sont encore à visiter, parce qu'ils ont des emplois du temps assez démentiels. Nous avons chiffré le coût d'une visite de santé-prévention entre 67 à 75 €. Nous estimons que 100 000 € seraient nécessaires pour une population de 1 000 médecins, à savoir pour 750 visites, 2 fois par an.

Pour conclure, engager les médecins dans le RPIB alcool et renforcer cet engagement et l'efficacité, relève d'une coordination des acteurs de proximité que sont les médecins et des acteurs spécialisés, les alcoologues en l'occurrence. Le coût de la coordination des formations et des délégués de santé est à comparer au coût du parcours d'un alcoolodépendant. En effet, un alcoolodépendant est régulièrement hospitalisé pour sevrage, va passer trois semaines, un ou deux mois en post-cure. Éviter à un patient de passer à l'alcoolodépendance sera une source d'économie faramineuse et ce coût pourrait permettre d'avoir des actions de prévention efficaces. Selon moi, essayer de développer ce type de formation et d'outil, pour essayer d'amener les généralistes à s'impliquer plus dans la prévention est un objectif réaliste.

Débat dans la salle

Docteur BADOIS, Médecin conseil

22 % de personnes en mésusage sont redevenues usagers normaux. Ce résultat était-il stable dans le temps ?

Philippe CASTERA

Certains patients ont repris une consommation. En revanche, beaucoup qui n'avaient pas réussi à revenir à des consommations normales l'ont fait au bout de deux ou trois interventions. Le taux est donc supérieur à 20 %, et il s'agit maintenant de les maintenir sur la durée.

Un intervenant

Les réseaux envisagés par les médecins généralistes sont-ils des réseaux entre médecins ou avec d'autres professionnels de santé ? Pensez-vous que la rémunération est vraiment une motivation pour les médecins ? Dans le cas du dépistage du cancer colorectal, les médecins sont rémunérés. Pourtant, l'adhésion ne dépasse pas 30 %.

Philippe CASTERA

Notre réseau est vraiment transversal entre la ville et l'hôpital, entre les différentes professions. Ensuite, la rémunération des médecins libéraux est un point très complexe. Pour exemple, si elle était élevée, beaucoup ne s'investiraient pas, pensant que nous allions leur demander beaucoup. En revanche, si nous leur demandions quelque chose de moins lourd à réaliser, adossé à une petite rémunération, ils considéreraient cela comme une reconnaissance du temps qu'ils y consacraient. D'un autre côté, certains préféreront, s'ils ont une petite clientèle, être bien rémunérés et faire des choses plus conséquentes. Selon moi, en termes de gratification du médecin, même si cela paraît compliqué, il est nécessaire d'envisager tout un ensemble de moyens, et non une solution unique.

Docteur DEPONT, Médecin généraliste, URML Basse-Normandie

A partir de quel âge avez-vous proposé cette intervention brève aux patients ?

Philippe CASTERA

A partir de seize ans.

Philippe CASTERA

Nous n'avons pas demandé aux médecins, mais nous l'avons lu dans les journaux. Par ailleurs, nous avons eu une action dans des maisons de retraite, et avons pu constater une baisse de près d'un tiers des fractures du col du fémur suite à une prévention sur la consommation d'alcool.

Une intervenante, Caisse primaire de Brest

Le réseau périnatalité du Finistère a fait une enquête auprès des médecins sur « alcool et grossesse ». Les résultats montrent que les médecins ont beaucoup de mal à parler d'alcool avec leurs patientes, ou avec des futures mamans. Etes-vous confronté à cette même difficulté, liée plus aux professionnels qu'aux patients ? Comment l'avez-vous surmontée ?

Philippe CASTERA

Cette difficulté n'a pas été totalement résolue pour certains médecins, mais pour beaucoup. Chacun a trouvé sa solution. Pour exemple, une collègue a choisi de distribuer un questionnaire dans sa salle d'attente. Elle a eu des retours par la suite, certes peut-être pas forcément de ceux qui en avaient réellement besoin. Il est arrivé que ce retour se fasse par un conjoint donc, cela a quand même permis de faire un repérage. D'autres ont carrément décidé de franchir le cap. La difficulté est de parvenir à faire plusieurs repérages, parce qu'ensuite, une fois lancés, l'abord du problème d'alcool est beaucoup plus simple. De plus, lorsque le sujet est amené simplement, les patients n'ont pas de résistance à parler d'alcool.

**Quels types de services peut-on proposer aux assurés (individuels ou collectifs, éducatifs ou relevant du soin) ? L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient
« Expérimentation d'un protocole d'éducation nutritionnelle
auprès de patients en surpoids en médecine générale »**

David MICHEL, CRES Languedoc-Roussillon

Cette étude qualitative sur le surpoids en médecine générale a été réalisée en collaboration avec le Comité Régional d'Education à la Santé du Languedoc-Roussillon et le département facultaire de médecine générale de Montpellier-Nîmes.

Dans le deuxième cycle des études médicales, il n'existe toujours pas de module d'éducation thérapeutique. Quand les enseignants en parlent, c'est pour dire qu'il faut la faire avant toute chose, avant toute autre prescription, sans pour autant qu'il soit prévu, dans le programme officiel, de méthodologie et d'outils. Les quelques éléments d'enseignement existants ne portent que sur les savoirs. La formation en troisième cycle de médecine générale comporte un enseignement théorique sur l'éducation thérapeutique, et l'acquisition de savoir-faire lors du stage chez le praticien. Les médecins, dans leur formation continue, expriment des demandes de formation importantes sur ce type de sujet. Ils participent volontiers aux formations si elles sont indemnisées et reconnues. Dans sa pratique quotidienne, aujourd'hui, si un médecin généraliste fait de l'éducation thérapeutique, il ne peut pas majorer sa consultation. S'il se forme, sa formation n'est pas validée. Tout ceci concourt à ce que les médecins généralistes ne s'impliquent pas massivement dans l'éducation thérapeutique au cabinet.

L'importance du surpoids, en termes de santé publique, est très lourde, et bien connue. La prise en charge en soin primaire se résume encore trop souvent à la délivrance de savoir. Connaître les mécanismes de la prise de poids peut aider les patients, mais cela ne suffit pas. La pratique est basée sur le schéma d'un médecin qui sait ce qu'il faut faire, qui le prescrit. Et sa prescription est, très souvent, celle d'une restriction. Cette approche est source d'échecs successifs, d'effets yo-yo sur la balance, de culpabilité, voire de culpabilisation. Dans le programme national Nutrition Santé, un certain nombre de messages positifs et simples ont été adressés, et bien reçus. C'étaient des messages d'information et de sensibilisation avec des moyens importants. On ne peut pas dire que ces messages étaient très personnalisés mais ils ont eu le mérite d'exister, d'avoir un impact de masse et d'avoir marqué vraiment un large public. Cependant, des notions d'équilibre, de plaisir gustatif, de convivialité ne sont pas évoquées.

Notre démarche est basée sur l'approche compréhensive du patient ; prendre en compte ses motivations, ou l'absence de motivation, recueillir son expérience, son vécu, ses représentations. Tout ceci permet de le considérer comme un sujet qui a des désirs, qui pense et qui peut être associé à la décision, mais ce concept n'est pas encore tout à fait passé dans le monde médical. Notre démarche est aussi fondée sur la compétence ; être capable de repérer ses motivations propres, de repérer ses affinités. D'un autre point de vue, tout médecin peut faire de l'éducation thérapeutique mais n'est pas obligé pour autant d'avoir toutes les compétences. Il suffit qu'il soit engagé dans ces objectifs de formation.

Pour préciser la méthode qui est la nôtre, la démarche comprend un bilan éducatif et motivationnel qui permet de fixer des objectifs en commun. Ces objectifs atteignables, réalisables, modestes sont estimés à la portée du patient, par lui-même, et par le médecin. La démarche comprend également un suivi de mise en action précise et définie, et une évaluation. Dans cette démarche, est intégrée la pluridisciplinarité, le réseau informel de l'exercice quotidien ; tout ce qui est du domaine remboursable (infirmière, kinésithérapeute, pharmacien et podologue), et du domaine non remboursable (pédicure, diététicienne et psychologue). Leurs objectifs peuvent partir de choses plus spécifiques, comme l'apprentissage instrumental, mais peuvent aller jusqu'à l'autonomie de gestion de la maladie, des crises et des risques.

Pour résumer, la démarche part du parcours de soins, celui du médecin traitant aujourd'hui, et intègre la prévention et l'éducation thérapeutique, un parcours de santé dont le médecin traitant est reconnu responsable et garant. Sur cette base, une expérimentation courte a été menée auprès de patients en surpoids. Une formation spécifique a été dispensée sur une journée. Elle a consisté à

s'approprier la démarche, à partager le vécu et les expériences des médecins, à s'entraîner, à fixer des objectifs atteignables, à s'approprier les supports du Programme National Nutrition Santé. Quatre axes de travail ont été proposés. Le programme national Nutrition Santé s'appuie sur la diététique et les activités physiques, c'est-à-dire sur la balance énergétique, les apports et les dépenses représentés par les troisième et quatrième axes. Cette approche a été complétée par deux autres axes (sensation de faim et de rassasiement et relation à l'alimentation) qui sont explorés et suggérés par le GROS (Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids). Cette expérimentation comprenait trois temps. Un premier temps d'inclusion des patients adultes en surpoids où l'on recueillait la perception de leur propre poids, leur expérience dans les essais de réduction, leur motivation. Un questionnaire leur était remis, dont les réponses permettaient de cibler un ou plusieurs axes de travail, de dégager ensemble des objectifs associés à une action. Un deuxième temps, entre deux et quatre semaines après, où un bilan était réalisé. Dans le troisième, le bilan éducatif et la motivation étaient réajustés et de nouveaux objectifs réalisables fixés.

Avant de tester ce type de programme éducatif sur un large panel de médecins et patients, et sur une longue période, il nous a paru intéressant, nécessaire même, de réaliser une étude qualitative pour évaluer la faisabilité de cette démarche par les médecins généralistes, d'évaluer son acceptabilité par les patients et la modification des représentations que cette démarche peut générer sur leur capacité à agir sur leur surpoids.

Cette étude a réuni un échantillon de 15 médecins généralistes de la région Languedoc-Roussillon, et 105 patients y ont participé. L'analyse a porté sur plus d'un trimestre, et la publication est en cours. Le matériel a été collecté auprès des médecins sur la base d'entretiens téléphoniques, de questionnaires après la formation, et d'entretiens individuels semi-directifs en vis-à-vis avec deux expérimentateurs, et deux enquêtrices. Du côté des patients, nous avons recueilli un certain nombre de questionnaires, et réalisé des entretiens téléphoniques auprès de vingt patients de différents médecins. Les résultats de cette étude qualitative font apparaître qu'une courte majorité de médecins généralistes estiment cette démarche applicable dans leur pratique. Ceux qui mettent à profit la formation, et ont investi l'expérimentation, sont plus efficaces dans la voie du changement. Soit il y a une prise de conscience et/ou un changement de stade, de motivation et de reconnaissance de la maladie, soit il y a arrêt de l'expérimentation parce qu'ils ont perçu les freins du patient. Les médecins non familiarisés avec l'approche compréhensive ont senti leurs limites regrettant leur manque de formation initiale à l'écoute et dans l'exploration des vécus des patients. Ceux-là sont moins à l'aise, et véhiculent souvent un sentiment d'échec.

Les patients ont très majoritairement plébiscité cette démarche, notamment cette investigation centrée sur la personne, certains disant que nous avons abordé les questions essentielles, qu'ils avaient pu dialoguer, qu'ils avaient été écoutés autrement. Certains parlent ont noté que nous nous occupions vraiment d'eux, prenions en compte leur désir, leur opinion, ceci dans un cadre procédural différent. Cette démarche est le moteur de la prise de conscience, c'est-à-dire de la réflexivité. Cela permet un retour sur soi, mais elle demande une aide, une guidance. Elle est à l'origine de l'alliance thérapeutique, de la confiance. Cette démarche est une expérience progressive, les étapes successives font avancer et obligent.

En conclusion, nous avons retrouvé des données concluantes sur le sens des données condensées entre médecins et patients. Nous avons relevé des freins importants. Le moment de l'action éducative renvoie au stade d'acceptation de la maladie chronique. Le fait qu'il y ait, de la part des médecins, une compréhension empathique, une attitude dite « rogérienne », qui se fait sans jugement amène une satisfaction des deux parties. Les médecins pensent qu'elle leur a permis une approche globale du patient, qu'elle les implique davantage. Les patients estiment qu'elle les motive, les oblige même à suivre la démarche. Les patients et les médecins soulignent que la faisabilité des objectifs fixés ensemble est la clé de l'éducation réussie. Indépendamment du résultat qu'il faut identifier, et de la progression vers l'autonomie de la personne à prendre en charge sa propre santé, les patients plébiscitent ce protocole qui aura permis aux médecins, prêts à s'engager dans une relation d'empathie avec le patient, d'avancer dans le stade de motivation. Pour les autres, habituellement dans un rapport contractuel biomédical et de prescription avec les patients, il leur a permis de voir leurs limites et les domaines où ils doivent se former. Bon nombre de médecins expérimentateurs ont évoqué une modélisation de la prise en charge qu'ils ont intégrée

à leur quotidien, dans leurs pratiques. Pour ces médecins, la compréhension empathique est une compétence. Cette étude est la démonstration que certaines questions importantes en santé doivent être explorées par l'analyse qualitative qui doit être associée et complémentaire des études quantitatives, mais qui est la seule à pouvoir faire émerger ce type de notion. La phase suivante sera de tester le protocole sur un échantillon régional représentatif avec des objectifs quantifiés avant d'intégrer la pluridisciplinarité.

Education thérapeutique générale du patient âgé : une expérience à l'hôpital Bretonneau mobilisant la ville

Stéphane TESSIER, CRESIF Ile-de-France

L'hôpital Bretonneau est un hôpital spécialisé en gériatrie, après avoir été un hôpital de néonatalogie et de pédiatrie. Cette expérience porte sur l'éducation thérapeutique généraliste du patient âgé. Les personnes âgées sont généralement perçues comme n'étant pas éducatibles, l'éducation thérapeutique est traditionnellement consacrée aux jeunes adultes, voire aux enfants pour lesquels l'investissement éducatif est considéré comme rentable. Le deuxième problème réside dans cette notion d'éducation thérapeutique généraliste, c'est-à-dire non thématisée alors que les expériences abondent en matière de diabète, asthme ou autre pathologie chronique.

Cette démarche vient en prolongement d'un travail mené d'abord avec le CFES, puis avec l'INPES, sur le bon usage du médicament et l'analyse des représentations des médecins, des pharmaciens et des patients sur l'utilisation des médicaments.

La problématique des personnes âgées, relevée par un certain nombre d'enquêtes menées en maisons de retraite, à domicile, en hospitalisation, est qu'il existe une très grande augmentation du risque de iatropathologie, du fait de polyopathologies et d'une polymédication. Toutes les études montrent qu'au-delà de cinq médicaments prescrits, il y a quasi-certitude d'une mauvaise observance thérapeutique. Une récente étude de la littérature chiffre à 10 milliards d'euros la dépense d'assurance maladie liée au mauvais usage de médicaments des populations âgées de plus de 75 ans. Bien évidemment, le premier problème reste le risque de non-contrôle de la maladie et des symptômes, l'inefficacité thérapeutique, mais aussi les effets indésirables.

La personne âgée passe énormément de temps et d'activité autour du traitement et des médicaments (consultation médicale, mobilisation du pharmacien, conseils pris auprès de voisins ou d'autres personnes âgées, analyses de laboratoire, préparation de médicaments).

Les enquêtes faites auprès des généralistes montrent qu'ils sont assez peu impliqués dans le suivi des traitements, notamment parce que leur questionnement autour de ce suivi pourrait être mal perçu par leurs patients. En effet, cette remise en question de la confiance, moteur même de la relation médecin-patient, est très difficile à tolérer dans une relation de longue haleine avec le patient, en particulier le patient âgé.

Une deuxième enquête montre que les pharmaciens sont beaucoup plus sollicités pour intervenir sur la question de la thérapeutique. Le pharmacien, c'est le service gratuit de proximité, qui permet de tester si la prescription correspond au bon déroulement de la thérapeutique. Enfin, les aidants professionnels et surtout les aides à domicile sont très fortement mobilisés, alors qu'ils n'ont vraiment pas de formations adaptées.

Une autre enquête montre que le passage à l'hôpital est le moment crucial de la déresponsabilisation du patient sujet âgé. La prescription de ville est questionnée, et souvent, les patients arrivent avec énormément de médicaments. L'hôpital est donc là pour les rationaliser. Par ailleurs, la galénique des médicaments présents à l'hôpital n'est pas du tout la même que celle présente en ville. Le patient se met donc en situation de soumission complète, et perd toute responsabilité dans l'usage et le suivi de ses traitements. Dans le même temps, cette remise à plat du traitement met en balance la confiance que le patient pouvait avoir dans son prescripteur de ville et le réajustement hospitalier. L'hôpital vient avec son plateau technique, son aura et sa légitimation scientifique, alors que le médecin de ville est dans la proximité, le quotidien,

l'immatériel, dans cette relation un peu magique qui se passe entre le médecin et le patient. L'idée a donc émergé d'intervenir auprès de l'équipe soignante représentative de l'ensemble de l'hôpital. La démarche de l'éducation thérapeutique du patient est une acquisition de compétences pour la construction de connaissances par l'utilisateur, c'est-à-dire que nous ne sommes pas dans un déversoir d'informations, mais dans une construction commune de connaissances avec une adaptation des messages, des contrats, et des objectifs en fonction de la réalité du patient, de ce qu'il peut faire, et surtout de ce qu'il souhaite faire. L'originalité est qu'elle n'est pas centrée sur une pathologie, mais sur tous les traitements.

La première étape a consisté en une formation-action. Nous avons monté avec l'hôpital Bretonneau, sur un financement de la CRAMIF, un financement totalement hors industrie pharmaceutique, une formation de quatre jours, échelonnés sur trois mois, qui avait pour objectifs de repositionner l'équipe sur les concepts en éducation thérapeutique du patient, et d'échanger aussi avec des praticiens de ville. Nous avons fait intervenir un médecin généraliste et un pharmacien de ville à l'hôpital, pour discuter avec l'équipe hospitalière sur le devenir de la prescription hospitalière hors des murs de l'hôpital, et les différences de représentation, de temps, de chronologie entre les différentes structures. Nous avons travaillé sur les différentes étapes du dispositif dans le parcours du patient, élaboré le contenu des ateliers, mis en place une série d'outils afin de structurer la communication. Nous sommes maintenant en phase d'envisager l'évaluation.

Carole Bilcik-Dorna

Nous avons formé une équipe de quatre infirmières, exerçant tant en court séjour, soins de suite et réadaptation, hôpital de jour et équipe mobile des services de gériatrie à orientation psychiatrique, et de gériatrie générale, ainsi que deux médecins. Le dispositif d'éducation thérapeutique se décline en trois temps. L'inclusion des patients dans ce dispositif hospitalier est faite au sein des unités de soin, des différents services, par l'équipe pluriprofessionnelle lors des réunions de synthèse. Le premier temps est le diagnostic éducatif. Il est réalisé au lit du patient et particulièrement important. Il initie une réflexion de la personne, et une verbalisation de ses pratiques autour du médicament. Ce moment permet à la personne âgée hospitalisée de faire une projection de l'organisation de sa future sortie et de son projet de vie après l'hospitalisation. A l'issue de ce diagnostic éducatif, il est indispensable d'assurer le lien avec l'équipe de soin pour qu'il y ait une transmission du diagnostic établi et faciliter un engagement des médecins et des infirmières dans cette démarche d'éducation qui devient, un projet d'équipe. Sans ce lien, il y aurait un risque de dissonance entre l'action entreprise auprès du malade et la persistance de pratiques de déresponsabilisation durant l'hospitalisation.

Le deuxième temps regroupe environ six personnes pour un atelier collectif, l'objectif est une réflexion collective autour de quatre questions essentielles pour apprendre à raisonner sur le médicament : pour quoi faire, comment cela fonctionne, les signes d'alarme et le suivi. Cet atelier permet également un échange entre les différentes personnes, et à la personne âgée d'expliquer la façon dont elle procède à la maison. L'animation est assez ludique, à partir des boîtes de médicaments, la manipulation des piluliers les notices, les effets indésirables. Et puis, est abordée aussi la façon de comprendre une prescription.

Le troisième temps de ce dispositif est consacré à la consultation éducative infirmière, et se rapproche le plus possible de la sortie de l'hôpital. Il permet de reprendre, de façon personnalisée, l'ordonnance de la personne. Nous demandons au médecin d'établir cette ordonnance de sortie et, si possible, aux aidants d'aller acheter les médicaments pour éviter la différence de forme galénique entre les médicaments pris à l'hôpital et ce que la personne prendra ensuite à la sortie. Outre l'éducation thérapeutique, nous abordons les règles d'hygiène de vie. Cela nous permet d'évaluer ce que la personne a compris et retenu de l'atelier collectif, et d'établir, avec elle, un contrat de sécurité. Après cette consultation, un compte-rendu du dispositif est réalisé et inclus dans le compte-rendu d'hospitalisation à l'attention du médecin traitant

A ce jour, nous avons mené environ six ateliers, et 25 patients ont pu en bénéficier. C'est un peu juste pour avoir des résultats tangibles, d'autant que nous devons affûter nos modes d'évaluation. Néanmoins, nous avons quelques indices de satisfaction des patients et de l'équipe qui retire une importante valorisation de ce type d'activité. D'autre part, l'équipe a réalisé l'importance que peut

avoir le pharmacien. En effet, 90 % des personnes hospitalisées ont été capables de fournir l'adresse ou le nom de leur pharmacien. Ce dispositif a permis aux soignants de poser un regard différent sur la question de l'apprentissage. Ainsi, nous ne sommes pas exclusivement dans une relation soigné-soignant, mais bien dans une relation centrée sur les capacités d'apprendre et les potentiels des personnes âgées.

En termes d'ajustements, il nous faut repenser certains points du déroulé du dispositif, notamment, nous ne pouvons maintenir une personne hospitalisée uniquement pour participer à la consultation infirmière. Nous réfléchissons à la façon dont elle pourrait revenir pour achever le processus. Nous avons mis la demande d'inclusion des patients sur l'Intranet de l'établissement, et programmé les étapes du dispositif dans le dossier de soin informatisé, afin de faire que de cette action une action de soins identifiée. Nous envisageons de développer les ateliers, en associant les médecins des réseaux de soins du quartier, et en élaborant un outil pédagogique de support.

Débat dans la salle

Claude DREU, Comité d'Education Sanitaire de la Pharmacie

Il est évident que, concernant les médicaments, le pharmacien est particulièrement impliqué. J'ai noté cette notion de « pharmacien référent » qui n'est pas encore officielle, mais intéressante. Cette association hôpital-ville, au niveau du médecin et du pharmacien, me paraît très importante. Pour information, actuellement est mis en place un dossier pharmaceutique DP qui permettra à tous les pharmaciens d'avoir les prescriptions des patients et donc, d'éviter les hiatropathologies. Je veillerai d'ailleurs à ce que les hospitaliers entrent dans le DP. J'ai noté l'importance de montrer le rôle des accompagnants à la maison (famille, voisins, aides de vie). Il serait important, pour les aides de vie, de pouvoir suivre une formation qui leur permettrait d'avoir une qualification, notamment autour de la prise de médicaments.

Carole Bilcik-Dorna

Nous avons justement prévu d'intégrer les aidants à ce dispositif, tant familiaux que professionnels.

Un intervenant

La question d'aide à domicile pose un problème juridique. De nombreuses structures ont interdit à leur personnel de toucher les médicaments des patients. Or une circulaire de 1999 a bien décrit la marge de manœuvre que pouvait avoir tout citoyen à l'égard de l'aide en matière de médicaments. La formation est évidemment très importante, et de nombreuses structures et comités d'éducation pour la santé forment déjà les aides à domicile sur ce point.

Docteur DEPONT

Quand les patients sortent, prévenez-vous le médecin traitant de la sortie du patient ? L'ordonnance de sortie prescrit-elle en médicaments génériques, en DCI ? En effet, le pharmacien local va distribuer le médicament en générique ou en DCI et, de ce fait, ce médicament sera différent de celui que la personne a vu à l'hôpital. Selon moi, distribuer les médicaments ne relève pas du travail de l'auxiliaire de vie. D'ailleurs, en maison de retraite, elles ne le font pas. Pour ma part, il m'arrive fréquemment de demander à une infirmière de passer à domicile, notamment en cas de traitement complexe.

Carole Bilcik-Dorna

Les médecins hospitaliers ne préviennent pas systématiquement par téléphone le médecin traitant de la sortie du patient mais envoie un compte-rendu d'hospitalisation. En revanche, le dossier du patient est systématiquement renseigné de ce dispositif ainsi que par le compte rendu d'hospitalisation. D'ailleurs, en termes de mode d'évaluation, nous envisageons d'assurer ce feedback avec les médecins traitants, notamment sur l'évolution du comportement du patient. Concernant la question relative à la différence de galénique entre l'hôpital et la ville, c'est pour éviter justement cette différence que nous essayons de faire en sorte que l'ordonnance et le

traitement soient présents au moment de la consultation personnalisée. Ce n'est pas toujours facile, il nous faut aussi réajuster ce point.

Le rôle des associations « Rôle complémentaire et subsidiaire de l'association de patients dans les parcours de prévention et de soins »

Anne-Laure PHAM, Association française des diabétiques

Les statuts de l'AFD précisent que la mission de l'association est d'accompagner la meilleure qualité de vie de tous les patients diabétiques en France, qui sont au nombre de 3 millions dont 500 000 s'ignorent. 30 000 personnes sont adhérentes à l'AFD, et nous avons un impact sur environ 160 000 personnes. L'association a été créée en 1938, et c'est la troisième association de patients créée en France dans l'histoire.

Les fondations de l'association comportent deux axes. Le premier est de donner de l'information médicale aux patients, sur la maladie et le traitement, et faciliter l'accès au soin. Pour cela, nous disposons de plusieurs médias d'information : un journal « Equilibre », une ligne téléphonique « Le diabète » où des conseillers répondent aux questions de vie quotidienne. Nous avons 1 500 bénévoles patients sur le territoire, et 350 bénévoles professionnels de santé. Nous organisons environ 180 conférences grand public par an, dans toute la France, sur des sujets ne se limitant pas au diabète, mais traitant aussi de l'intégration de l'activité physique dans sa vie et des comportements alimentaires. Nous organisons également des salons du diabète, et travaillons aussi dans le cadre d'ateliers d'échanges. Nous avons un site et une maison d'édition qui a pour optique de présenter des livres écrits par et pour les patients, ou de présenter des livres d'informations. Les personnes atteintes de cette maladie souffrent d'une discrimination importante au travail, et nous commençons à faire du travail médiatisé sur ce point. Le second domaine d'intervention est la défense collective et individuelle, à savoir la lutte contre les discriminations, et une action pour une meilleure prise en charge possible des soins, dans la gouvernance du système de soin. Quand nous travaillons avec des personnes qui ont une difficulté, l'écoute, le conseil et le soutien sont importants. Aussi, nous tenons des permanences dans les services hospitaliers de diabétologie ou de médecine interne, mais il arrive que nous ne puissions le faire parce que le professeur du service nous interdit l'entrée dans son service. Par ailleurs, nous organisons des rencontres entre patients que nous essayons de faire de plus en plus organisées, protocolisées, méthodologisées sur des thèmes très divers, ainsi que des groupes de parole et ateliers. L'idée de l'association est de créer des interventions qui vont agrémenter la vie d'une personne qui vit avec une maladie chronique. Pour cela, nous essayons d'être les plus créatifs et les plus surprenants possibles pour redonner de l'élan aux patients diabétiques (convivialité, lien social, activités de loisirs collectives, moments de rencontres et d'échanges, forums, etc.).

Depuis 2004, nous avons écrit un projet qui s'appelle « AFD, acteur de santé » où les patients, après avoir pris le pouvoir à l'Association française des diabétiques, ont décidé d'être proactifs dans cette relation avec les autres patients. La position de l'AFD est de dire que le diabète est une maladie au long cours qui s'inscrit dans une discussion singulière entre un patient et un professionnel de santé. Pour cela, nous allons essayer d'initier la complémentarité et la coordination de notre place dans ce colloque singulier entre les patients et les professionnels de santé, et de développer des métiers d'accompagnement de santé.

Le libre arbitre est une valeur fondamentale de l'AFD. Ainsi, dans ce parcours de vie où une personne rencontre la maladie, elle a le droit de la vivre comme elle le veut. Nous sommes là pour que cette vie soit la meilleure possible, même si la personne traverse des périodes de non-observance. Nous nous étions posé la question d'un contrat entre le patient et son professionnel de santé, dans lequel le patient s'engagerait à améliorer son observance, mais nous connaissons les histoires des patients, et savons que des périodes de non-observance peuvent se rencontrer, notamment au moment de l'adolescence. Que ferions-nous de ces personnes si nous ne leur permettions pas de vivre cette période d'absence de traitement ?

En termes économiques, notre objectif est de développer une organisation forte et pérenne. Pour le moment, les finances de l'association sont apportées, pour 60 %, par des particuliers, notamment diabétiques.

En termes de résultats, en 2006, 3000 patients ont participé à une opération appelée « Eclairer sur la pompe à insuline ». Au départ, la pompe à insuline était une prescription médicale en cas de déséquilibre du diabète. C'est vrai qu'elle représente une amélioration du traitement pour l'équilibre en glycémie, mais également une amélioration de la qualité de vie. Nous avons donc pris position pour dire que nous voulons que soit prise en compte la dimension amélioration de la qualité de vie par le traitement, et que ce traitement puisse être disponible pour le plus grand nombre. Sur le terrain, nous avons rencontré des oppositions de la part de certains professionnels de santé qui ne sont pas favorables à la diffusion de la pompe. En somme, il nous conteste le droit d'en faire de la publicité. Nous tentons donc d'instaurer des discussions, afin de pouvoir développer cette utilisation, mais nous savons que la pompe à insuline représente aussi un poids économique non négligeable.

Pour nous, un patient acteur de sa santé est une personne éclairée sur sa santé, autonome, consciente et exigeante, et qui peut bénéficier de relais pour comprendre, partagée et être soulagée, dans le respect de son unicité, de son libre arbitre et de l'évolution de son parcours quel qu'il soit.

TABLE RONDE :

Norbert NABET

Ce sujet est permanent dans notre travail, tant dans l'établissement des réseaux du fonctionnement de la santé et l'articulation de la médecine libérale, la médecine de ville, les médecins, les professionnels de santé. D'une manière générale, je suis surpris et apprécie ce travail, et la qualité et le nombre important des réflexions. La prévention mobilise énormément d'intelligence, de moyens et d'acteurs (l'hôpital, la ville, l'ensemble des professionnels de santé, la recherche). De nombreuses portes sont ouvertes et beaucoup de travaux sont en cours. De notre point de vue, la prévention réunit tout un tas de compétences qui existent déjà, et qui nécessitent d'être intégrées dans le travail quotidien de nombreux professionnels de santé. Les questions de rémunération, de formation, de relation et d'organisation du système restent extrêmement importantes.

Dr Hector Falcoff, Représentant de la société de formation thérapeutique du généraliste - SFTG

Mon impression est que nous avons vu, au cours des présentations, des dispositifs assez sophistiqués. Comment replacer ces dispositifs dans le fonctionnement habituel du médecin généraliste traitant aujourd'hui ? En effet, il doit être capable de s'occuper d'obésité, d'alcool, d'addiction, de diabète, de l'accompagnement des personnes en souffrance psychologique, des gens en fin de vie, des nourrissons, des adolescents, du maintien à domicile des personnes âgées.

Concernant la prévention, trois grands problèmes se posent : le temps, l'absence de rémunération spécifique et de mission clairement définie, et l'hétérogénéité des compétences et des centres d'intérêt des médecins.

Pour intégrer la prévention dans la pratique habituelle, il est possible d'essayer de faire un parallèle avec la pratique de soins. Or dans la pratique de soins, le patient fait une demande et le médecin y répond, fait un diagnostic, donne un traitement, réfère à un spécialiste ou à l'hôpital. Dans la prévention, il y a une inversion de la demande, c'est-à-dire que c'est le médecin qui est en demande vis-à-vis du patient. Aujourd'hui, enfin, le médecin a une liste de patients qui définit son périmètre de responsabilité. L'on pourrait imaginer qu'une mission claire lui soit donnée pour les personnes de cette liste, une mission qui porterait vraiment sur les risques majeurs. Le médecin pourrait tout à fait déléguer, en fonction de ses compétences et centres d'intérêt, et selon les ressources locales disponibles, dans le cadre d'un réseau informel habituel ou, point tout à fait intéressant, d'un réseau formalisé. Le réseau n'est pas un outil, il est une nouvelle manière de concevoir la prise en charge des patients, il faut le conceptualiser voire le protocoliser, en allant au-delà de ce dont a parlé le

docteur Castera : formation, gratification, reconnaissance. Je rajouterais également un retour d'informations vers le médecin de départ. Dans tout cela, la consultation de prévention, selon moi, n'est qu'un outil, il faut penser les choses de manière beaucoup plus large et globale.

Le repérage est équivalent au diagnostic, la prise en charge est équivalente au traitement. Finalement, pour le médecin, restent deux différences essentielles. La première est d'avoir une approche populationnelle du travail, et c'est vraiment là une révolution culturelle pour le médecin. La seconde réside dans le retour d'informations sur sa performance. Dans le cadre de la prévention, il faudrait que le médecin sache, dans sa liste de patients, qui n'a pas été évalué, qui n'a pas eu les informations ou la prise en charge nécessaires. Au-delà de cela, dans le cadre d'une prise en charge globale, il serait nécessaire de repérer s'il y a des points plus prioritaires (sociaux, problèmes légaux, problèmes d'accès aux soins) et dans ce cas, il est nécessaire de régler d'abord ces points-là, au risque que la prévention ne fonctionne pas.

Pour conclure, selon moi, si nous voulons une approche cohérente et générique de la prévention, il nous faut d'abord travailler sur le noyau dur de la mission, sur le système d'informations dans un cabinet médical, la liste à partir de laquelle sera mise en œuvre la prévention, les moyens dont on dispose pour traiter cette liste, et la fabrication de moyens d'aval, de réseaux et autres afin de pouvoir prendre en charge les personnes qui en ont besoin.

Bruno FANTINO, Centres d'examen de santé de la Caisse primaire de Lyon

Je suis frappé sur cette séparation artificielle qui perdure entre le préventif et le curatif, comme si on pouvait opposer les deux. Effectivement, cette approche populationnelle est un élément nouveau, une révolution pour le médecin. Une révolution épidémiologique n'a pas été prise en compte : le poids énorme des maladies chroniques et du vieillissement. Il s'agit de l'exemple même où prévention et soins sont totalement imbriqués. Tous les jours, les médecins ont une activité d'anticipation d'évènements indésirables, et cela fait partie de la prévention. Nombreux sont les exemples où cette séparation entre préventif et curatif est totalement obsolète.

Selon moi, il y a un problème de statut derrière, c'est-à-dire que culturellement, nous, médecins, avons quand même envie de séparer le curatif et le préventif. C'est essentiellement dû à notre formation initiale, et aux modes de distribution des soins dans notre pays, c'est-à-dire le paiement à l'acte. La consultation de prévention ne va rien régler, car la prévention, ce sont des valeurs, une formation initiale. C'est aussi conceptualiser qu'un médecin généraliste est un gestionnaire d'informations et qu'il est assez anormal qu'il ne connaisse pas le statut d'une femme qui est en face de lui concernant le dernier frottis ou la dernière mammographie, même si elle est venue le voir pour une angine. La prévention c'est diminuer le risque de façon globale, et pas forcément distribuer un soin nomenclaturé.

Un intervenant

L'Association française des diabétiques a parlé des diabétiques confirmés donc, a priori, fait essentiellement de la prévention tertiaire. Faites-vous aussi de la prévention primaire, c'est-à-dire de l'éducation à la santé, et du dépistage ?

Par ailleurs, je suis tout à fait d'accord qu'il ne faille absolument pas séparer la prévention du curatif. Les chirurgiens dentistes ont le droit de faire une consultation de prévention pour les jeunes, et s'ils découvrent une anomalie (carie), ils peuvent associer immédiatement les soins qui seront remboursés à 100 %. Il faudrait exactement la même chose, en particulier pour les maladies chroniques, à savoir un droit de suite entre la prévention et le soin.

Anne-Laure PHAM

Nous agissons dans les trois niveaux de prévention : primaire, secondaire et tertiaire. La prévention des complications est notre cœur de métier, mais aussi repérer et sauver, aider au repérage des 500 000 personnes qui sont atteintes de diabète et qui ne le savent pas. Nous organisons des opérations avec une animation sur la prévention du diabète, souvent avec un dépistage par lecture de la glycémie instantanée. Nous faisons également de la prévention primaire, en ciblant les 12 millions de personnes à risque, par des évènements ludiques et attractifs. Depuis deux ans, nous organisons un évènement, « Détour santé », où nous nous déplaçons dans les villes pour être porteurs de messages sur la nutrition et le développement de l'activité physique.

Emmanuelle LE LAY, INPES

La diversité des intervenants m'a agréablement surprise, et au-delà de tous les professionnels de santé, il y a aussi toute une place pour le citoyen, le monde hospitalier, le grand public, les associatifs. Ils ont pu tous décrire différents modèles d'organisation pour la mise en place ou l'intégration de la prévention, de l'éducation du patient, en pratique quotidienne.

Parmi toutes ces expériences et modèles présentés, l'on peut retenir deux grands points essentiels, et indispensables à la mise en place de l'intégration de la prévention en pratique, à côté du soin. Le premier est de donner l'envie de faire, tant du côté des associations, des patients, que des professionnels qui, selon les thématiques, peuvent avoir du mal à aborder ces démarches. Le deuxième point est plutôt de savoir comment aider à faire. Les expériences présentées ont vraiment donné le sentiment que les professionnels, comme les patients ou les associations, ont besoin de soutien ou de dispositifs pour essayer de faire des choses là où, peut-être, le soin a pris le pas sur la prévention. Ce sont là des hypothèses que je pose. Parmi les outils et services, on ressent, pour beaucoup des expériences présentées, de mener des enquêtes avec des mises au point de documents et des questionnaires. Ont été abordées toutes les questions de rémunération, récompense, gratification, et l'on sent bien que la prévention a besoin aussi de devenir un acte gratifiant.

On note aussi tous les points communs qui existent entre le système associatif porté par les usagers et les professionnels, avec toujours ce besoin d'échange, de formation et cette mise à disposition de documents, de services téléphoniques, de logiciels, de sites Internet, de conférences. Finalement, tant du côté des professionnels que du grand public, les modalités d'intervention sont quand même similaires.

Au-delà des services et pour aider à faire, effectivement, on s'aperçoit que les personnes sont toutes importantes, notamment pour la complémentarité des professionnels dans leurs interventions. Les autres personnes, les usagers et les associations, et l'on entend là cette prise en compte des désirs, des souhaits, des motivations, des libres arbitres, des libertés de choix et de l'accompagnement des personnes dans leurs choix. Les associations mènent là tout un travail de complémentarité avec les professionnels, mais aussi de proximité avec les patients qui deviennent acteurs. Enfin, au-delà des savoirs et des connaissances à acquérir pour faire, on voit aussi toute l'importance des savoir-faire également à acquérir pour aller plus loin. On a aussi entendu cette idée intéressante de lien social.

Selon moi, au-delà des connaissances, la compréhension de la démarche est importante. C'est une question pour nous, INPES, qui réalisons de nombreux outils pour les professionnels. Ces outils sont souvent de plusieurs types ; des outils dits « de sensibilisation » pour essayer de donner envie de faire ou pour donner un éclairage nouveau sur une problématique, mais aussi des outils pour faire comprendre les démarches. A l'INPES, nous aurions parfois de faire une petite pause dans la production d'outils, et de s'associer aux professionnels et aux usagers pour essayer de recenser les besoins et les attentes des professionnels qui travaillent tous les jours en pratique, et savoir si les outils que nous produisons sont adaptés à leur exercice, ou s'il existe d'autres besoins nouveaux avec des éléments qu'il faudrait inventer, imaginer ou conforter.

Un intervenant

Concernant les outils, pourquoi la brochure sur l'allaitement a-t-elle disparu de vos publications ? Je la regrette beaucoup.

Emmanuelle LE LAY

Nous réfléchissons actuellement à la façon de refaire un petit guide sur l'allaitement. En termes de prévention, nous avons pris des contacts et travaillé avec les réseaux de périnatalité. Cela a été évoqué dans le cadre de la refonte du carnet de maternité où il y avait une très forte demande sur ce sujet.

Une intervenante

De nombreux documents ont été élaborés dans le cadre du PNNS, avec notamment des guides à l'intention des parents d'enfants et d'adolescents, avec toute la partie 0-3 ans qui existait.

C'est aussi pour cette raison que les autres outils avaient pu disparaître, mais ce besoin s'est fait ressentir. L'année dernière, une demande des professionnels était d'isoler la partie 0-3 ans du guide pour en faire un guide à part entière, et le diffuser aux maternités pour les personnes qui en auraient besoin.

Pour rebondir sur l'enquête réalisée par l'INSERM pour tenter de comprendre et faire un état des lieux, la DGS a réalisé une enquête qui s'appelle « Médecins généralistes, acteurs clés de la santé publique. Leur implication actuelle, les difficultés et les attentes ». Cette enquête doit être présentée au Comité de suivi, et sera certainement rendue publique par la suite.

Marie-José MOQUET

Pour conclure, je remercie l'ensemble des participants et de nos partenaires pour leur implication dans ces journées et pour la richesse des échanges. Le constat est qu'il nous reste encore un certain nombre de questions en débat sur la prévention, et un certain nombre de regards qu'il nous faudra compléter, notamment la place des personnes. Aussi, est-il intéressant de terminer sur la diapositive de l'AFD qui pose bien la question de la dimension éthique que nous avons à prendre en compte dans notre démarche de prévention.