

Consultations et examens périodiques de prévention

Recommandations

pour inscrire la prévention au cœur de la pratique du généraliste

François Baudier
Membre du HCSP
Nathalie Berthelot
Marie-Caroline Clément
Thomas Jeanmaire
Claude Michaud

Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) de Franche-Comté

Préconisations du HCSP sur la nature et l'organisation de consultations ou examens périodiques de prévention.

La Direction générale de la santé a saisi, en 2008, le Haut Conseil de la santé publique afin qu'une expertise soit réalisée sur « *la question de l'intérêt des consultations de prévention dans les programmes de prévention* ». En mars 2009, un rapport a été publié, faisant un certain nombre de constats et de propositions. Elles ont été synthétisées sous la forme de 10 recommandations [2].

Contexte

En France, les textes fondateurs de l'Assurance maladie évoquaient déjà la notion de consultation de prévention [1]. Beaucoup plus récemment, les États généraux de la prévention [11] ou les orientations adoptées par la Conférence nationale de santé [3] encourageaient une approche clinique dans ce domaine. D'ailleurs, les lois sur la santé d'août 2004 donnent un cadre législatif à cette orientation :

- la loi de santé publique met en avant des consultations de prévention à certaines périodes de la vie,
- la loi de réforme de l'Assurance maladie souligne le rôle du médecin traitant et le *continuum* de la prise en charge en termes de soins et de prévention.

Enfin, les États généraux de l'organisation de la santé (EGOS) insistent sur la médecine de premier recours, non seulement, dans sa composante « soins », mais aussi « préventive » [4]. Les activités pluridisciplinaires (médecins, infirmières...) de prévention sont promues avec de nouvelles formes d'organisation de la santé, telles que les maisons et pôles de santé, les

réseaux de proximité, les hôpitaux locaux, la délégation de tâches médecins/infirmiers...

Par ailleurs, il faut noter qu'il existe beaucoup d'idées reçues alimentant des avis divers et variés sur ce sujet. Parmi elles :

- Faire un « check-up » régulier relève de la même démarche qu'une révision périodique de sa voiture : ce serait une nécessité pour protéger le capital santé dont chacun est responsable. Les Anglo-Saxons parlent de « *patient MOTs* », ce terme s'inspirant des contrôles techniques annuels obligatoires pour les voitures, les *MOTs*.

- Effectuer un bilan de santé, chez un sujet apparemment sans pathologie, serait une manière efficace de prévenir les maladies.

- Systématiser ces consultations permettrait de faire enfin le lien entre soins et prévention, un souhait partagé par beaucoup mais souvent perçu comme irréalisable.

Méthode

Le périmètre de travail a été volontairement circonscrit aux dispositifs qui faisaient intervenir :

- les soins de santé primaire,
- la médecine de premier recours,
- le médecin de famille, généraliste ou traitant.

Ont été exclus du champ de cette investigation :

- les examens périodiques du nourrisson et du petit enfant (jusqu'à 6 ans), ainsi que le suivi de la grossesse,
- tout ce qui relève de la prise en charge des pathologies chroniques et de l'éducation thérapeutique du patient,

- la santé bucco-dentaire et ses examens périodiques dédiés.

Plusieurs types d'investigations ont été conduits :

- Les six rapports récents (depuis 2000) sur le sujet ont été consultés (certains d'entre eux ont été publiés : [5, 6, 8, 11]).

- Une revue de la littérature internationale a été effectuée en complément de celles réalisées dans ces six rapports.

- Un recueil des expériences actuelles a été effectué à partir de plusieurs communications présentées lors de différents colloques ou séminaires organisés par le ministère de la Santé, la Société française de santé publique (SFSP) ou l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) [7, 9, 10]. De plus, l'ensemble des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass), des unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam) et des unions régionales des médecins libéraux a été interrogé par courrier électronique. À partir des informations recueillies, des fiches harmonisées ont été rédigées et actualisées en liaison avec les promoteurs (entre septembre et décembre 2008). Elles étaient au nombre de vingt et correspondaient à des dispositifs très diversifiés, allant de systèmes d'organisation pérenne et universelle à des expérimentations très limitées en terme de population concernée.

- Enfin, dix experts ont été auditionnés en raison de leur connaissance du sujet et de la diversité de leurs points de vue.

Résultats

Il existe de très faibles éléments de preuve concernant l'intérêt d'une consultation périodique de prévention dédiée. En revanche, un consensus semble se dégager autour d'une orientation et d'un concept :

- L'orientation : développer une logique s'inscrivant dans un *continuum* organisé, à savoir utiliser plutôt les temps de contact existants qu'une consultation dédiée, en s'appuyant sur des recommandations validées.

- Le concept : les soins de santé primaires, à travers l'instauration du médecin traitant et la définition des missions du médecin généraliste contenue dans la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST).

Deux appellations sont donc à différencier :

- la *consultation de prévention dédiée*, qui s'inscrit dans un temps spécifique au

cours duquel le ou les professionnels de santé vont effectuer toute une série d'investigations ;

- les *examens* (ou actes) le plus souvent *périodiques* (cette périodicité étant fixée par des référentiels) de *prévention*, s'inscrivant dans un continuum organisé au sein du parcours coordonné de santé, et s'appuyant sur les temps de consultation habituels et itératifs entre médecin traitant et patient.

Ces deux formes organisationnelles doivent faire référence à des pratiques cliniques préventives validées et régulièrement réactualisées.

Perspectives et préconisations

Médecin traitant, médecin généraliste : une cohérence au sein du dispositif législatif actuel et à venir

Dans le cadre des orientations de la loi sur l'assurance maladie de 2004, le chapitre 1 de la Convention sur le parcours de soins et la coordination précisent que la relation de proximité du médecin traitant avec ses patients le situe au cœur du développement de la prévention de la santé. Les parties signataires (Assurance maladie et partenaires conventionnels) s'engagent donc à renforcer leur rôle dans ce domaine, notamment en développant la dimension « santé publique » et en favorisant la participation des médecins traitants aux programmes de prévention. En pratique, l'engagement du médecin traitant se fait à travers différents examens (ou actes) le plus souvent périodiques, en rapport avec les objectifs de santé publique fixés par la loi de 2004. Des programmes ou actions en lien avec certains de ces objectifs ont été mis en œuvre progressivement et régulièrement, à partir de 2005, sur un certain nombre de sujets : dépistage des cancers, vaccination, lutte contre la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées, suivi de la grossesse... D'autres sont à venir. Dans ce contexte, la seule consultation dédiée pertinente pourrait être celle qui concernerait l'adolescent au moment de son entrée dans le dispositif du médecin traitant. À cette occasion, son dossier personnel (qui le suivra tout au long de sa vie) serait constitué, un examen complet et adapté réalisé.

La loi HPST précise les missions du médecin généraliste de premier recours. Elles sont très proches de celles du médecin traitant et mettent l'accent sur

son rôle en matière de coordination du parcours de santé, son implication dans le champ de la prévention et les liens à faire avec le secteur médico-social.

Les coopérations entre professionnels et la prise en charge préventive d'aval

Dans les programmes étrangers sur la prévention, les professionnels de santé paramédicaux, en particulier les infirmières, sont très souvent en première ligne. Dans cette perspective, il est indispensable de prévoir de nouveaux modes d'organisation : projet de santé sur un territoire donné, contrat d'objectifs et de moyens, protocole de prévention partagé, temps de concertation... La loi HPST donne des ouvertures majeures en matière de coopération entre professionnels de santé. Les domaines de la prévention clinique et des examens périodiques de santé devront donc être un champ prioritaire de mise en œuvre de cette nouvelle politique de coopération.

Par ailleurs, la mise en place d'une offre de prévention dans le parcours de santé conduit le médecin traitant à identifier ou à dépister des habitudes de vie qu'il est important de faire évoluer, voire de modifier (éducation pour la santé). Dans un certain nombre de cas, cette prise en charge ne peut se faire dans le cadre des consultations médicales habituelles (principalement du fait d'un manque de temps). C'est pourquoi il est nécessaire d'envisager des structures ou personnes ressources en capacité d'agir de façon individuelle ou collective auprès de ce public. C'est le domaine d'intervention privilégié :

- de certaines professions comme les diététiciens, psychologues, éducateurs médico-sportifs,

- d'associations comme les comités d'éducation pour la santé (Instance régionale d'éducation pour la santé et Comité départemental d'éducation pour la santé), les associations de prévention des addictions (Anpaa, Anit),

- d'intervenants du social ou du médico-social.

Dans cette perspective, et à travers la loi HPST, des territoires de santé seront définis et des conférences de territoire seront mises en place. Ces dernières s'intéresseront à la santé publique et à la prévention. Elles auront donc la responsabilité de proposer à l'agence régionale de santé (ARS) les composantes locales du projet régional de santé qui pourra faire l'objet

de contrats de santé. Cette perspective devrait permettre de faciliter les liens entre les examens périodiques de santé et une prise en charge d'aval mieux organisée et protocolisée.

L'importance de disposer de référentiels pour les examens périodiques de prévention

Dans la plupart des pays, ils existent pour les pratiques cliniques préventives de l'adulte. En France, ils sont dispersés dans différentes recommandations émanant principalement de la Haute Autorité de santé (HAS). Il est donc urgent que la HAS ainsi que les spécialistes et sociétés savantes concernés réalisent ce travail. Il devra être ensuite actualisé régulièrement.

L'existence de ces référentiels est nécessaire mais insuffisante, en particulier dans le champ de la prévention où la dimension psychosociale et éducative est importante. Il est donc nécessaire de bâtir des démarches et des outils de prévention et d'éducation pour la santé, dans le cadre du partenariat INPES et HAS. Ils devront concerner tous les domaines et les âges correspondant aux référentiels. Il sera indispensable qu'ils s'adaptent à des approches individuelles ou collectives impliquant le médecin traitant ou d'autres professionnels.

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2008 donne des perspectives pour de nouveaux modes de rémunération, en particulier dans le champ de la prévention

Le type et la nature des activités préventives, qu'elles soient individuelles ou collectives, faisant intervenir le médecin traitant ou s'inscrivant dans une coopération entre différents professionnels, nécessitent d'élargir les modalités de rémunération, limitées aujourd'hui principalement au paiement à l'acte. La loi de financement de la Sécurité sociale 2008 permet cette adaptation qui devrait pouvoir être mise en œuvre en 2009 (paiement à la performance, forfait...).

La prévention en général et les examens périodiques préventifs en particulier doivent faire partie des priorités pour le déploiement de ce nouveau dispositif.

Plusieurs axes à développer pour demain

Dans le futur, il est donc important de distinguer trois dimensions qui pourraient correspondre à des chantiers distincts mais complémentaires :

- l'établissement et l'actualisation des données probantes scientifiques (pratiques cliniques préventives) par la HAS ;

- la rédaction de référentiels psychocomportementaux et la production d'outils (critères relationnels à prendre en compte, motivation des professionnels et patients, démarches facilitant l'appropriation par le professionnel et le consultant...) par l'INPES ;

- la définition et la mise en place des aspects organisationnels (articulation entre les médecins et les autres professionnels de santé, et modalités de suivi en aval) par le ministère de la Santé et l'Assurance maladie.

C'est dans cette dynamique que l'ARS doit jouer un rôle central pour une mise en œuvre cohérente et concertée de pra-

tiques cliniques préventives au sein de la patientèle de chaque médecin traitant de sa région, tel que prévu dans le futur pôle « santé publique ».

La loi de réforme de l'Assurance maladie de 2004 et la loi HPST (2009) créent un cadre adapté pour le dispositif proposé dans le rapport du HCSP [2]. La loi de santé publique à venir (2010) pourrait, quant à elle, donner l'opportunité de consolider ces orientations.

Cette nouvelle organisation de la prévention individuelle dans un cadre de santé publique structuré doit permettre une meilleure équité de l'offre de santé (85 % des Français ont un médecin traitant) et ainsi favoriser une réduction des inégalités de santé. ■

Références

1. Baudier F. Le parcours de santé : quelle place pour la prévention individualisée ? *Concours médical*. 9 novembre 2005, 127-34, 1931-34.
2. Baudier F. *Consultation de prévention et médecine générale : constats sur les pratiques actuelles et propositions de développement*. Haut Conseil de la santé publique, mars 2009. http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcsp20090325_ConcultPrev.pdf (consulté le 29 août 2009).
3. Conférence nationale de santé (CNS), Avis du 22 mars 2007. *Les voies d'amélioration du système de santé français*. http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/avis_22mars.pdf (consulté le 29 août 2009).
4. États généraux de l'organisation de la santé. *Synthèse des travaux*. http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/egos/synthese_egos.pdf (consulté le 29 août 2009).
5. Goldberg M. *Rapport final d'expertise sur l'activité et les orientations des centres d'exams de santé*, 13 novembre 2000. http://www.rppc.fr/Expertise_CES.pdf (consulté le 29 août 2009).
6. IGAS. *Santé, pour une politique de prévention durable*. Rapport annuel 2003, IGAS. http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/rapport_igas_2003_prevention.pdf (consulté le 29 août 2009).
7. INPES. Journées de la prévention 2007 de l'INPES, session 2. *Parcours de prévention, médecin traitant et professionnels de santé : quelles articulations ?* http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/pdf/2007/Session2_synth.pdf (consulté le 29 août 2009).
8. Ménard J. *La consultation périodique de prévention*. Rapport – mai 2005. <http://www.sfsp.fr/publications/detail.php?cid=93> (consulté le 29 août 2009).
9. SFSP. La consultation de prévention en médecine générale – Actes du séminaire du 4 décembre 2006 à Paris, *collection Santé et Société*, numéro 13. <http://www.sfsp.fr/publications/detail.php?cid=2> (consulté le 29 août 2009).
10. SFSP. *Médecins généralistes et prévention – Séminaire du 21 septembre 2007 à Paris*. Actes du séminaire. Société française de santé publique. (à paraître).
11. Toussaint J.-F. *Rapport final. « Stratégies nouvelles de prévention » de la Commission d'orientation prévention (29 décembre 2006)*. http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/toussaint_151206/rapport.pdf (consulté le 29 août 2009).
12. *Consultations de prévention : constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement*. Rapport de François Baudier, avec le concours de Nathalie Berthelot, Claude Michaud, Marie-Caroline Clément et Thomas Jeanmaire. Haut Conseil de la santé publique, mars 2009, 137 pages. http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcsp20090325_ConcultPrev.pdf