

**Haut Conseil de  
la santé publique**

rapport

**Consultations de prévention**

**Constats sur les pratiques actuelles en médecine  
générale et propositions de développement**

mars 2009

**Haut Conseil de la santé publique**

**CONSULTATIONS DE PREVENTION**

*Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et  
propositions de développement*

**Mars 2009**

*Ce rapport a été réalisé dans le cadre d'une saisine  
de la Direction générale de la santé  
au Haut conseil de la santé publique*

**Rapporteur :**  
**François Baudier**, membre du HCSP,  
directeur de l'URCAM de Franche-Comté  
**avec le concours**  
de **Nathalie Berthelot, Claude Michaud,**  
URCAM de Franche-Comté  
**Marie-Caroline Clément et Thomas Jeanmaire,**  
internes en Santé Publique,  
Faculté de médecine et de pharmacie de Besançon

*Remerciements pour la recherche documentaire :*  
*- au Centre régional de documentation en santé publique de*  
*Franche-Comté (ORS et CRES)*  
*- à RechercheSanté (<http://www.recherchesante.fr/>)*  
*et à l'un de ses animateurs, Georges Borgès Da Silva*

# SOMMAIRE

<b>SAISINE DE LA DIRECTION GENERALE DE LA SANTE (DGS)</b>	7
<b>SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES CONSULTATIONS DE PREVENTION</b>	9
<b>. Introduction</b>	9
- Des représentations qui alimentent des avis divers et variés sur le sujet	9
<b>. Méthode</b>	<b>10</b>
- Un périmètre de travail volontairement circonscrit	10
- Des rapports nombreux et récents sur le sujet	10
- Un recueil des expériences actuelles	11
- Des personnes auditionnées en raison de leur implication sur ce thème et de la diversité de leur point de vue	11
<b>. Principaux résultats et orientations</b>	13
- De très faibles éléments de preuve concernant l'intérêt d'une consultation périodique de prévention dédiée	13
- La nouvelle convention médicale et le médecin traitant	13
- Le projet de loi HPST précise les missions du médecin généraliste de premier recours	14
- L'importance des coopérations entre professionnels	14
- Organiser l'offre pour une prise en charge d'aval de qualité	15
- 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	15
- L'opportunité de consultations dédiées à certains moments de la vie	16
- La nécessité de tisser des liens plus étroits entre les activités préventives et le médecin traitant	16
- L'importance de disposer de référentiels pour les examens périodiques de prévention	17
- Plusieurs axes à développer pour demain	17
. Dix recommandations pour promouvoir des pratiques préventives organisées en médecine générale	19
<b>CONTEXTE</b>	21
. Un environnement aujourd'hui favorable	21
. Un débat largement ouvert	22
. Au total, ce premier constat est peu conclusif	24
<b>METHODE ET LIMITES</b>	25
<b>LES DISPOSITIFS EXISTANTS</b>	26
. Les dispositifs universels de l'Assurance maladie autour d'examens périodiques	26
. Les dispositifs universels de l'Assurance maladie autour du médecin traitant et de la prévention	26
. Le dispositif universel de suivi de la grossesse	27
. Les dispositifs universels pour les enfants avant 6 ans	27
. Les nouveaux dispositifs à vocation universelle impulsés par le Ministère	27
. Les dispositifs expérimentaux relevant d'initiatives récentes	27

<b>ANALYSE ET DISCUSSION</b>	30
. Prévention et médecine libérale: la part non visible des activités et du financement	30
. Un nouveau positionnement du médecin généraliste	30
. Des activités de prévention peu encadrées	33
. Deux orientations pour les pratiques préventives	34
. Des critères de sélection très diversifiés avec une forte prédominance de l'âge	36
. S'appuyer sur des référentiels scientifiquement validés et réévalués périodiquement	37
. Une participation des usagers très variable	38
. Des enjeux autour de la formation continue	39
. Aller vers une harmonisation des approches et des outils	40
. Une organisation d'amont et d'aval à construire ou à consolider	40
. Au total	43

## ANNEXES

<b>Annexe 1 - Fiches relatives aux différents dispositifs existants</b>	45
---	----

### **Dispositifs universels de l'Assurance maladie autour d'examens périodiques**

- Consultations dans les centres d'examen de santé (CES)	46
- Consultations de prévention - Mutualité sociale agricole (MSA)	48
- Consultations de prévention - Régime social des indépendants (RSI)	51

### **Dispositifs universels de l'Assurance maladie autour du médecin traitant et de la prévention**

#### **Dispositifs à vocation universelle impulsés par l'Etat**

- Dispositif de suivi de la grossesse	55
- Examens de santé de l'enfant avant 6 ans	57
- Consultation de prévention pour les enfants de 12 et 13 ans	59
- Consultation de prévention pour les personnes âgées de plus de 70 ans	62

#### **Dispositifs expérimentaux relevant d'initiatives récentes**

##### *Dispositifs centrés sur les risques cardiovasculaires et/ou les services d'aval*

- Consultation de prévention Prévadiès-Mgen-Ugim-Lmde	64
- Programme de prévention du risque cardiovasculaire « Prévarance »	67
- Expérimentation des Attachés d'information de santé publique (AISP)	69
- Consultations de prévention des maladies cardiovasculaires dans le Centre	72

##### *Dispositifs incluant des outils informatiques innovants*

- Expérimentation de la faisabilité d'une consultation de prévention structurée par le système EsPeR (Estimation personnalisée des risques)	74
- Logiciel de support de la consultation de prévention : le logiciel « PPP »	76
- Consultation de prévention chez l'adulte en Poitou-Charentes	79

##### *Dispositif mettant en œuvre des délégations de tâches*

- Expérimentation d'une consultation de prévention structurée par le logiciel « Plan de prévention personnalisé » (PPP)	82
---	----

##### *Dispositifs centrés sur la population étudiante*

- Réseau de santé pour les étudiants d'Aix-en-Provence	85
- Consultation de prévention en milieu étudiant parisien	87

<b>Annexe 2 – Auditions</b>	91
- Rémy BATAILLON, médecin, directeur de l'URML Bretagne	92
- Richard BOUTON, médecin, Consultant	96
- Marcel GOLDBERG, professeur de santé publique, membre de la commission prévention et déterminants de santé du HCSP	99
- Bertrand GARROS, président de l'INPES, membre de la conférence nationale de santé	102
- Laurent CHAMBAUD, médecin de santé publique, membre de l'IGAS, ancien président de la SFSP	107
- Jean-Pierre DESCHAMPS, professeur de santé publique honoraire, ancien directeur du Centre de médecine préventive de Vandoeuvre-lès-Nancy	112
- André FLAJOLET, député du Pas-de-Calais, auteur d'un récent rapport sur l'organisation de la santé et la prévention	116
- Hubert ALLEMAND, professeur de santé publique, médecin conseil national de la CNAMTS	121
- Patrick VUATTOUX, médecin généraliste, président de la Fédération des Maisons de Santé Comtoises (FeMaSaC)	126
- Gilles LEOUBE, médecin conseil, Direction régionale du service médical Bourgogne Franche-Comté	129
<b>Annexe 3 – Bibliographie complémentaire</b>	135

**Ministère de la Santé, de la Jeunesse,  
des Sports et de la Vie Associative**

**Le Directeur Général de la Santé**

Paris, le 18 septembre 2008

Monsieur le Président,

Le comité de suivi des mesures issues des Etats Généraux de la Prévention se réunit de manière régulière sous ma présidence depuis un an. Ce comité est composé du Président de la Conférence des DRASS, de représentants de l'INPES, de la CNAMTS, de la DGS, de la DGAS, de la DHOS, de la DSS et de la DICOM.

Les mesures n°4 et 6 concernent la mise en place de consultations de prévention, la première pour les 70 ans, la deuxième sur la consultation familiale.

Lors de la réunion du 15 avril 2008, les membres du comité de suivi se sont interrogés sur les suites à donner à ces mesures. En premier lieu, l'examen de ces mesures a donné lieu à un débat général sur la pertinence des consultations comme outils de développement de la prévention aux différents âges de la vie. En second lieu, les résultats des études de faisabilité des expérimentations conduites ont mis en évidence un certain nombre de difficultés liées notamment aux grilles d'entretien utilisées, au temps nécessaire aux généralistes pour les réaliser.

Compte tenu de ces difficultés, les membres du comité de suivi ont souhaité que le Haut Conseil de la Santé Publique expertise la question de l'intérêt des consultations de prévention dans les programmes de prévention.

Je souhaite que le Haut Conseil examine cette question afin d'orienter la stratégie à adopter pour développer une politique de prévention efficiente. Il serait nécessaire que le haut conseil précise, s'il y a lieu, les âges auxquels une consultation de prévention pourrait être pertinente et les conditions indispensables pour sa mise en œuvre.

Cette réflexion devra prendre en compte les éléments suivants :

- la tendance depuis quelques années, à multiplier ces consultations : consultation des 12-13 ans, des 70 ans, 16-25 ans, consultation périodique des différentes caisses d'assurance maladie, médecine scolaire, médecine du travail... ;
- le faible taux de participation des usagers du système de santé ;
- la difficulté d'attirer les populations les plus à même d'en tirer un bénéfice, celles effectivement touchées par ces consultations étant déjà le plus souvent bien suivies médicalement ;
- les outils pour mieux intégrer la prévention dans l'activité quotidienne des médecins libéraux

Je souhaiterais également que le Haut Conseil procède à une analyse de la littérature publiée sur cette question et notamment la mission d'étude menée par le Pr. J. Ménard en 2005, l'étude réalisée par R. Bouton en 2004-2005, l'étude de la société Cemka-Eval en 2006, l'étude EsPer, les différentes études effectuées par les caisses d'assurance maladie.

Je vous serais obligé à ce que, dans toute la mesure du possible, l'avis émis par le Haut Conseil puisse être rendu avant la fin de l'année 2008.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.

Signé  
Didier HOUSSIN

**Monsieur le Président Roger Salamon  
Haut Conseil de la Santé Publique  
14, avenue Duquesne  
75350 Paris 07 SP**



# SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES CONSULTATIONS DE PREVENTION

## INTRODUCTION

### Des représentations qui alimentent des avis divers et variés sur le sujet

Elles sont nombreuses et relèvent des différentes formes d'appréhension possibles de cette question. Parmi elles :

- La consultation de prévention est un droit acquis depuis les ordonnances de 1945, créant le système de protection sociale français : *chaque assuré peut bénéficier tous les cinq ans d'un bilan de santé.*
- Il est communément admis que 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.*
- La mise en place et la systématisation de ces consultations permettraient de faire enfin *le lien entre soin et prévention*, un souhait partagé par beaucoup mais souvent perçu comme irréalisable.

## METHODE

### Un périmètre de travail volontairement circonscrit

*Ont été exclus du champ de la présente investigation :*

- les examens périodiques du nourrisson et du petit enfant (jusqu'à six ans) ainsi que le suivi de la grossesse ; ce choix est lié à la spécificité de ce domaine ; *il nécessiterait, très certainement, une saisine particulière.* En revanche, deux fiches annexées précisent le contenu de ces dispositifs ;
- tout ce qui relève de la prise en charge des pathologies chroniques et de l'éducation thérapeutique du patient ; elle concerne principalement la prévention tertiaire et a fait l'objet au cours des derniers mois de nombreux rapports ou recommandations, en particulier de la HAS et de l'INPES ;
- la santé bucco-dentaire et ses examens périodiques dédiés ; un plan national existe sur ce thème et l'Assurance maladie a mis en place un programme spécifique s'adressant aux enfants et aux adolescents. Par ailleurs, ce champ mobilise des acteurs particuliers, principalement les chirurgiens-dentistes.

*Ont été pris en compte les dispositifs qui faisaient intervenir :*

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

tels qu'ils ont été définis par l'OMS (Alma-Ata), la loi sur l'Assurance maladie (2004), les Etats généraux de l'organisation de la santé - EGOS (2008) et le projet de loi Hôpital, patients, santé et territoires - HPST (2009).

## **Des rapports nombreux et récents sur le sujet**

*En 2000 :*

- le Pr. Marcel Goldberg, à la demande de la CNAMTS, a rédigé un rapport, en relation avec les Centres d'examen de santé (CES) de cette institution.

*En 2003 :*

- un rapport très global sur la prévention a été rendu par l'IGAS au Ministère ; il abordait le thème des consultations de prévention ;
- à la demande de la Direction de la sécurité sociale (DSS), un rapport (non publié) a été élaboré par Emile et Pierre Lévy ; il faisait une revue de littérature internationale assez exhaustive et abordait très largement les aspects médico-économiques de cette question.

*En 2005 :*

- le Pr. Joël Ménard a remis à la Direction générale de la santé (DGS) un rapport sur ce thème ;
- la même année, Richard Bouton a rédigé, toujours à la demande de DGS, un rapport sur la place du médecin généraliste dans la politique de santé publique (non publié).

*En 2006 :*

- suite aux Etats généraux de la prévention, présidés par Jean-François Toussaint, des orientations ont été élaborées pour les consultations de prévention.

## **Un recueil des expériences actuelles**

Il s'est fait principalement 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) :

- le séminaire de la SFSP qui s'est déroulé fin 2006,
- les Etats généraux de la prévention (fin 2006 - début 2007)
- les Journées de la prévention de l'INPES au printemps 2007,
- le second séminaire de la SFSP en septembre 2007.

De plus, l'ensemble des Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), des Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) et des Union régionales des médecins libéraux a été interrogé par courrier électronique.

A partir des informations recueillies, des fiches harmonisées ont été rédigées et actualisées en liaison avec les promoteurs (entre septembre et décembre 2008). Elles sont au nombre de vingt et correspondent à des dispositifs très diversifiés, allant de systèmes d'organisation pérenne et universelle, à des expérimentations très limitées en terme de population concernée.

*Les bilans de santé proposés par les différents régimes de l'Assurance maladie :*

- Consultations dans les Centres d'examen de santé (CES)
- Consultations de prévention organisées par la Mutualité sociale agricole (MSA)
- Consultations de prévention organisées par le Régime social des indépendants (RSI)

*Le dispositif conventionnel « Médecin traitant et prévention »*

*Les examens universels proposés aux enfants et aux femmes enceintes (non analysés dans ce document) :*

- Examens périodiques durant la grossesse
- Examens de santé de l'enfant avant 6 ans

*Les consultations de prévention promues par la loi de Santé Publique 2004 ou à travers certains plans ministériels (expérimentations) pour :*

- les enfants de 12 -13 ans
- les jeunes (plan « Santé jeunes ») (non évoqué ici)
- les jeunes seniors
- les plus de 70 ans

*Les consultations de prévention expérimentées sur des territoires et/ou auprès de populations limitées :*

- Consultation de prévention Prévadiès-Mgen-Ugim-Lmde
- Programme de prévention des maladies cardio-vasculaires (MCV) « Prévarance »
- Expérimentation des attachées d'information de santé
- Consultations de prévention MCV dans la région Centre
- Expérimentation d'une consultation de prévention structurée par le système EsPeR
- Logiciel « Plan de prévention personnalisé » (PPP)
- Consultations de prévention en Poitou-Charentes
- Expérimentation d'une consultation de prévention PPP
- Réseau de santé pour les étudiants d'Aix-en-Provence
- Consultation de prévention en milieu étudiant Parisien

### **Des personnes auditionnées en raison de leur implication sur le sujet et de la diversité de leurs points de vue**

Elles l'ont été au cours de réunions téléphoniques d'environ une heure, à partir d'une grille d'interview préalablement adressée à chaque personne concernée (la saisine de la DGS et un pré rapport sur le sujet étaient aussi transmis) :

- Richard BOUTON, médecin, consultant
- Rémy BATAILLON, médecin, directeur de l'URML Bretagne
- Bertrand GARROS, président de l'INPES, membre de la conférence nationale de santé
- Marcel GOLDBERG, professeur de santé publique, membre de la commission prévention et déterminants de santé du HCSP
- Laurent CHAMBAUD, médecin de santé publique, membre de l'IGAS, ancien président de la SFSP
- Jean-Pierre DESCHAMPS, professeur de santé publique honoraire, ancien directeur du Centre de médecine préventive de Vandoeuvre-lès-Nancy
- André FLAJOLET, député du Pas-de-Calais, auteur d'un récent rapport sur l'organisation de la santé et la prévention
- Hubert ALLEMAND, professeur de santé publique, médecin conseil national de la CNAMTS
- Patrick VUATTOUX, médecin généraliste, président de la Fédération des Maisons de Santé Comtoises (FeMaSaC)
- Gilles LÉBOUBE, médecin conseil, Direction régionale du service médical Bourgogne Franche-Comté



## PRINCIPAUX RESULTATS ET ORIENTATIONS

### **De très faibles éléments de preuve concernant l'intérêt d'une consultation périodique de prévention dédiée**

L'investigation bibliographique se divise en trois grandes parties :

- Avant 2000 : dans le rapport de Marcel Goldberg, ce dernier n'a pas retrouvé d'éléments de preuve concluante sur l'intérêt d'une consultation périodique de prévention dédiée.
- Avant 2004 : il en est de même pour Emile et Pierre Lévy.
- Avant 2008 : la recherche bibliographique effectuée à l'occasion du présent travail a confirmé les constats faits antérieurement.

L'analyse des expériences récentes et des auditions corrobore ces avis réservés.

*En revanche, il semble se dégager un consensus 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 - HPST).

Dans la suite du texte, deux appellations seront donc à différencier :

- *la consultation périodique 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,
  - . 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.

### **La nouvelle convention médicale et le médecin traitant**

Dans le cadre des orientations de la Loi sur la sécurité sociale de 2004, le chapitre 1 de la convention sur le parcours de soins et la coordination précise 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 » dans l'offre de formation continue conventionnelle et en favorisant la participation des médecins traitants aux programmes de prévention.

En conséquence, les missions du médecin traitant sont d'assurer les soins de prévention (dépistage, éducation sanitaire...) et contribuer à la promotion de la santé.

En pratique, l'engagement du médecin traitant en prévention se fait à travers différents examens (ou actes) le plus souvent périodiques (cette périodicité étant fixée par des référentiels), en rapport

avec les objectifs de santé publique fixés par la Loi de 2004. Ils 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.

Cette politique a donné lieu à un accompagnement personnalisé et de proximité de la part de l'Assurance maladie à travers les entretiens confraternels par les praticiens conseils et les visites des Délégués de l'Assurance maladie (DAM). De plus, grâce aux bases informationnelles de l'Assurance maladie, un rendu individuel et collectif a été possible auprès de chaque médecin traitant ainsi qu'une évaluation des actions mises en place.

### **Le projet de 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 :

- contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour les patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies, ainsi que l'éducation pour la santé.
- orienter les patients selon leurs besoins dans le système de soins et le secteur médico-social.
- s'assurer que la coordination des soins nécessaires à ses patients est effective.
- veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient.
- assurer la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.
- contribuer aux actions de prévention et de dépistage.
- participer à la permanence des soins.

### **L'importance des coopérations entre professionnels**

Dans les programmes étrangers sur la prévention, les professionnels de santé para médicaux, 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...*

Le projet de loi HPST donne des ouvertures majeures en matière de coopération entre professionnels de santé :

- il offre la possibilité de sortir du champ de l'expérimental et de s'engager dans la généralisation de coopérations, sur la base du volontariat, pour des équipes pluri-professionnelles,
- il fait référence à des protocoles élaborés par la HAS, avec un agrément par l'ARS qui valide les compétences des professionnels. Par ailleurs, des projets de protocole préparés directement par les professionnels pourront être validés par la HAS pour être applicables.

*Les domaines de la prévention clinique et des examens périodiques de santé devraient être un champ prioritaire de mise en œuvre de cette nouvelle politique de coopération.*

## **Organiser l'offre pour une prise en charge d'aval de qualité**

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'intervenir 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 de prévention comme les Comités d'éducation pour la santé, les associations de lutte contre la consommation d'alcool...
- d'intervenants du social ou du médico-social.

A noter que tous ces acteurs ont aussi un rôle à jouer en matière d'éducation thérapeutique du patient.

Aujourd'hui, sur un territoire donné, cette offre est peu organisée, rarement visible, sans lien entre le curatif et le préventif. Demain, elle devra avoir un statut, une organisation et des référentiels.

*Dans cette perspective, et à travers le projet de 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 la prévention. Elles auront donc la responsabilité de proposer à la future 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.*

## **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**

La rémunération des actes et des activités de prévention réalisés en cabinet devra s'inscrire dans la majorité des cas, au sein des consultations pratiquées par le médecin traitant (paiement à l'acte), dans le cadre du parcours habituel de santé de sa patientèle.

Cependant, les expériences étrangères montrent tout l'intérêt de passer de ce mode de paiement à d'autres dispositifs qui peuvent être plus adaptés pour certaines activités comme la prévention.

La LFSS 2008 ouvre, de ce point de vue, des perspectives intéressantes qui peuvent être mises en œuvre dans un contexte de pratiques individuelles ou collectives.

*Le premier dispositif (engagement individuel) correspond au paiement à la performance qui pourrait s'établir à partir d'un contrat-type d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), en cours de négociation entre l'Assurance maladie et les partenaires conventionnels. Dans cette perspective :*

- le médecin contractant s'engagera par exemple à consolider sa participation aux actions de prévention, en matière de vaccination contre la grippe, de dépistage du cancer du sein, de iatrogénie médicamenteuse ;
- un suivi d'indicateurs relatifs à chaque professionnel sera mis en place avec des comparaisons par rapport à des référentiels et les pratiques de ses pairs.

*Le deuxième dispositif correspond à une expérimentation de nouveaux modes de rémunération dans une cinquantaine de maisons, pôles ou centres de santé. Il devra tester, à partir de 2009,*

dans quelle mesure des modes de rémunération alternatifs ou complémentaires au paiement à l'acte favorisent la qualité et l'efficacité des soins de premier recours par :

- une organisation de cette nouvelle offre,
  - une meilleure collaboration entre professionnels optimisant les interventions de chacun (par exemple en prévention),
  - le développement de pratiques innovantes et des services aux patients (information, prévention, éducation à la santé),
- ... pour rendre le métier de professionnels de santé plus attractif et garantir, à terme, la continuité du maillage territorial des soins de premier recours.

### **L'opportunité de consultations dédiées à certains moments de la vie**

A travers la revue de littérature, les expériences analysées (fiches) et les auditions réalisées, il apparaît que l'approche par tranche d'âge est considérée comme peu adaptée.

En revanche, il pourrait être pertinent de promouvoir des consultations dédiées au moment de certains « événements de vie » correspondant à des ruptures de différentes natures :

- *L'adolescence et l'entrée dans le dispositif médecin traitant* :  
Même si des consultations dédiées à ce public présentent de nombreuses spécificités et nécessitent des compétences particulières, il semblerait intéressant qu'au moment où le jeune va entrer dans le parcours de santé lié au choix de son médecin traitant, il puisse bénéficier d'une consultation spécifique permettant, d'une part, de constituer un dossier médical personnel qui le suivra tout au long de sa vie, et d'autre part, d'aborder certaines questions en lien avec les changements inhérents à cet âge. Si une telle mesure était mise en œuvre, un processus de formation des généralistes serait nécessaire, l'approche préventive et clinique de cette population ayant de vraies spécificités.
- *Le chômage et les difficultés d'insertion* :  
Les parcours de vie laissent de plus en plus de place à des périodes de rupture qui mettent parfois certains publics dans des postures complexes sur le plan sanitaire et social. Depuis plusieurs années, des dispositifs multiples ont été mis en place pour répondre à ces besoins, soit en direction de publics jeunes (par exemple en lien avec les Missions locales pour l'emploi), soit pour les populations adultes (principalement les bénéficiaires du RMI). Les CES pratiquent des bilans de santé et certaines associations interviennent sur la composante santé du processus de réinsertion. Il serait donc nécessaire, d'une part, de faire aujourd'hui une évaluation très précise de ce dispositif, et d'autre part, d'envisager son adaptation en lien plus étroit avec le médecin traitant et le nouveau Revenu de solidarité active (RSA) ;
- *La retraite et les jeunes seniors* :  
Dans le cadre du plan « Bien vieillir », un nouveau dispositif devrait être expérimenté prochainement sous la forme de consultations médicales lors du départ en retraite ou de la cessation d'activité<sup>1</sup>.

### **La nécessité de tisser des liens plus étroits entre les activités préventives et le médecin traitant**

Si chacun reconnaît l'importance et l'intérêt de la PMI, de la Santé scolaire et universitaire ou de la Médecine du travail, il n'y a pas aujourd'hui de vision claire de la complémentarité entre ces différents services et activités à orientation essentiellement préventive et le médecin traitant. Il semblerait donc important, au moment où les missions de la médecine de premier recours se

---

<sup>1</sup> Ministère de la Santé et des Solidarités, Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative : Plan National « Bien vieillir » 2007-2009, 32p, [http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/presentation\\_plan-3.pdf](http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf), (consulté le 6 janvier 2009)

précisent et intègrent plus clairement la prévention, qu'une réflexion soit engagée pour, d'une part définir les rôles et les responsabilités de chacun, et d'autre part, assurer la complémentarité et la lisibilité de ces acteurs.

Par ailleurs, le médecin traitant rédige très régulièrement des certificats pour la pratique d'un sport ou d'une activité physique ainsi que des certificats de non contagiosité en rapport avec la vie en collectivité. Cette démarche relève d'une activité de prévention en dehors de tout cadre de recommandations spécifiques (mais avec souvent une dimension réglementaire obligatoire). L'efficacité de ces consultations à visée préventive n'a jamais été démontrée. Il semblerait urgent de clarifier cette situation d'autant que le récent rapport « Retrouver sa liberté de mouvement » du PNAPS, Plan National de prévention par les Activités Physiques ou Sportives, propose une nouvelle approche plus autonome en terme de pratique sportive, reposant sur des conseils de bonne pratique et l'utilisation d'auto questionnaires validés internationalement, suivis de consultation dans les seuls cas de positivité.

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

Dans la plupart des pays, ces référentiels existent pour les pratiques cliniques préventives de l'adulte. Par exemple au Québec, ils s'organisent autour de six grands thèmes :

- maladies cardio-vasculaires et respiratoires
- cancers
- maladies infectieuses
- traumatismes et maladies sensorielles
- problèmes psychosociaux
- problèmes dentaires

... avec une classification suivant les niveaux de preuve (régulièrement actualisés) ainsi qu'une distinction entre :

1. les éléments liés au déclaratif du patient (questionnaire, comportement),
2. des informations issues de l'examen clinique,
3. celles liées aux examens complémentaires.

En France, ces référentiels existent (pour la majorité d'entre eux) mais sont souvent dispersés dans différentes recommandations émanant principalement de la HAS. Le regroupement et l'organisation de ces référentiels n'ont été effectués pour le moment que dans le cadre de quelques logiciels de prévention. En pratique et dans l'activité courante des médecins, ces outils sont peu adaptés (et donc peu utilisés, en dehors de quelques expérimentations) aux consultations de routine en raison de leur incompatibilité avec les logiciels métiers.

#### **Plusieurs axes à développer pour demain**

Dans le futur, il serait 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 psycho-comportementaux 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 (articulations 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, en lien avec les futures ARS.*



## **DIX RECOMMANDATIONS POUR PROMOUVOIR DES PRATIQUES PREVENTIVES ORGANISEES EN MEDECINE GENERALE**

1. Dans le cadre de l'évolution actuelle de notre système de santé, *il est nécessaire de développer une logique préventive s'inscrivant dans un continuum organisé au sein d'un parcours coordonné de santé*, s'appuyant sur les temps de consultation habituels et itératifs entre médecin traitant et patient, plutôt que sur une consultation dédiée à la prévention. Cela nécessite d'autres formes d'organisation du temps médical.
2. Ce dispositif doit s'inscrire dans *la logique de soins de santé primaires* proposée dans le projet de loi HPST (2009) et dont la mise en œuvre a débuté avec le *médecin traitant*, promu par la loi de sécurité sociale (2004).
3. *Les examens périodiques de prévention* ne relèvent pas uniquement du médecin traitant mais *doivent s'inscrire dans une coopération entre professionnels et l'instauration de temps de concertation pluridisciplinaire*. Le projet de la loi HPST propose de généraliser cette approche largement mise en œuvre dans la plupart des autres pays. Les examens périodiques de prévention doivent donc constituer un axe prioritaire de développement de ces nouvelles coopérations avec l'établissement de protocoles à dimension préventive établis par la HAS.
4. La réalisation des examens périodiques de prévention n'a d'intérêt que *si une prise en charge d'aval et de proximité, à dimension principalement éducative*, est prévue. Dans la perspective du projet de loi HPST, elle devra être organisée et financée sur chaque territoire de santé à travers des contrats locaux de santé passés entre l'ARS et les opérateurs concernés, qu'ils relèvent du secteur associatif ou libéral.
5. 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.
6. Dans la perspective d'une organisation renouvelée de la médecine de premier recours et d'une place reconnue à la prévention, *il est indispensable de redéfinir les modalités d'intervention entre, d'une part, le médecin traitant, et d'autre part, des activités donnant lieu à des consultations à orientations principalement préventives* : PMI, Médecine scolaire et universitaire, Médecine du travail. Ce chantier nécessiterait une (ou des) saisine(s) particulière(s) faite(s) au HCSP.
7. Il pourrait être pertinent de promouvoir *des consultations dédiées au moment de certains « événements de vie »* (plutôt qu'en fonction de certaines tranches d'âge) correspondant à des ruptures de différentes natures : l'adolescence et l'entrée dans le dispositif médecin traitant, le chômage et les difficultés d'insertion, la retraite et les jeunes seniors. Dans certains cas, ces passages peuvent exposer à des risques spécifiques pour la santé Avant d'être généralisés, ces dispositifs devront être expérimentés et évalués.
8. A la différence de la plupart des autres pays, il n'existe pas en France *de référentiel couvrant l'ensemble des pratiques cliniques préventives de l'adulte*. Il est urgent que la HAS en lien avec l'INPES ainsi que les spécialistes et sociétés savantes concernés, réalise ce travail. Il devra être ensuite actualisé régulièrement.

9. *L'existence de référentiels est nécessaire mais insuffisante, en particulier dans le champ de la prévention où la dimension psychosociale et éducative est importante. Il est donc important 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.*
  
10. *La mise en œuvre de pratiques cliniques préventives de l'adulte sur un mode structuré demande des modalités organisationnelles très novatrices pour la France. Les lois sur la santé publique et l'assurance maladie de 2004, ainsi que le projet de loi HPST devraient faciliter cette mise en œuvre. Néanmoins, une attention particulière devra être portée à cette transformation des pratiques préventives au sein des cabinets des médecins. Elles concernent la prévention mais impliquent fortement les acteurs du soin curatif en les engageant dans une transformation en profondeur d'une partie de leur pratique clinique actuelle. Ces évolutions pourraient aussi inclure la veille et l'alerte sanitaire ainsi que le recueil épidémiologique dans le cadre d'un mandat de santé publique élargi du médecin traitant.*

## CONTEXTE

En 1921, la Metropolitan life insurance mettait en avant l'intérêt d'un bilan de santé annuel pour des personnes apparemment en bonne santé. En 1930, les recommandations de l'American medical association encourageait la mise en place d'un examen physique périodique pour cette population<sup>2</sup>.

En France, les textes fondateurs de l'Assurance maladie évoquaient<sup>3</sup> déjà la notion de consultation de prévention. En effet, il est précisé que « *les Caisses organiseront une médecine préventive, vigilante et active, à travers trois orientations majeures :*

- *l'éducation hygiénique de la nation guidée par le corps médical et secondée par l'administration,*
- *la remise d'un carnet de santé,*
- *l'organisation de visites périodiques destinées à identifier de légers troubles de santé, souvent précurseurs d'affections graves évitables ».*

Ce dernier point suggère, de manière explicite, des consultations régulières de prévention ayant prioritairement une visée de dépistage chez des personnes en bonne santé.

### Un environnement aujourd'hui favorable

Que l'on prenne les textes des Etats généraux de la prévention<sup>4</sup> ou les orientations adoptées par la Conférence nationale de santé<sup>5</sup>, le contexte actuel va aussi plutôt dans le sens d'une approche clinique de la prévention.

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<sup>6</sup>,
- la loi de réforme de l'Assurance maladie met l'accent sur le médecin traitant et le continuum de la prise en charge en terme de soins et de prévention<sup>7</sup>.

Enfin, les Etats généraux de l'organisation de la santé (EGOS)<sup>8</sup> insistaient sur la médecine de premier recours, non seulement, dans sa composante « soins » mais aussi « préventive ». 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<sup>9</sup>, la délégation de tâches médecins infirmiers...

---

<sup>2</sup> Cité par Jacques Cornuz : Quelle place pour la prévention individualisée: Bilan de santé et dépistage: Que faudrait-il savoir et ...faire ? Communication faite à la 2<sup>ème</sup> Université d'été francophone en santé publique, Besançon (3-9 juillet 2005) sur le thème : « Le nouveau parcours de soins : quelle place pour la prévention individualisée ? ».

<sup>3</sup> Daniel Postel-Vinay : Assurance maladie et prévention in Education et prévention chez l'enfant et l'adolescent, 4<sup>ème</sup> journée d'assurance maladie de la CANAM, Sénat, Palais du Luxembourg, 22 mars 2001, acte publié par l'Institut des Sciences de la Santé, p 37-75.

<sup>4</sup> Rapport final "Stratégies Nouvelles de Prévention" de la Commission d'Orientation Prévention (15 décembre 2006) (Format PDF) : [http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/toussaint\\_151206/rapport.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/toussaint_151206/rapport.pdf)

<sup>5</sup> Conférence nationale de santé (C.N.S.), Avis du 22 mars 2007 - "Les voies d'amélioration du système de santé français". [http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/conf\\_nationale\\_sante/avis\\_22mars.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/conf_nationale_sante/avis_22mars.pdf)

<sup>6</sup> Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. JO du 11 août 2004, page 14277.

<sup>7</sup> Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. JO n° 190 du 17 août 2004, page 14598.

<sup>8</sup> Etats Généraux de l'Organisation de la Santé, Synthèse des travaux :

[http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/egos/synthese\\_egos.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/egos/synthese_egos.pdf)

<sup>9</sup> François Baudier, Les maisons de santé, ont-elles un avenir ?, Espace Social Européen, juillet septembre 2008, n°860-61, p14,

## Un débat largement ouvert

L'importance et la légitimité de ces consultations, en termes de santé publique et d'efficience sont régulièrement discutées en France. Pour ne citer que quelques références récentes sur ce sujet :

- **En 2000**, un rapport commandé par l'Assurance maladie recommandait que l'examen périodique de santé, activité de base des Centres d'examens de santé (CES) : 1. soit orienté vers certains risques et/ou populations prioritaires (suivi des risques post-professionnels, précarité / inégalités de santé, prévention des risques liés au vieillissement) ; 2. serve de base à des études épidémiologiques populationnelles, en raison de la qualité du recueil effectué à partir de référentiels communs à tous les CES<sup>10</sup>.
- **En 2003**, le rapport annuel de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) consacré à la prévention, rappelait que l'examen de santé de prévention était un outil traditionnel de dépistage, aussi bien en milieu scolaire (médecine scolaire) que professionnel (médecine du travail), tout en précisant que son bénéfice en terme de santé publique était régulièrement remis cause<sup>11</sup>.
- **En 2003**, à la demande de la Direction de la Sécurité Sociale (DSS), un rapport (non publié) a été élaboré par Emile Lévy et Pierre Lévy : « *la consultation de prévention : recensement des exemples internationaux et impacts médico-économiques* »<sup>12</sup>. D'après ces auteurs, il existe deux principaux critères de définition des dispositifs de prévention. Le premier repose sur l'existence et la nature des incitations utilisées pour favoriser le développement des consultations de prévention dans l'activité des médecins de ville. Elles peuvent être de nature financière (honoraires supplémentaires ou alternatifs, montants de capitation élargis ou paiements à la performance) ou autres (efforts de formation et d'éducation, recommandations de bonne pratique). Le second critère est le ciblage de la prévention, soit destiné à la population générale sans distinction précise, soit ne visant que certaines catégories de population ou pathologies. D'après ces auteurs, « *il n'existe pas, de par le monde, un modèle à suivre* ». « *L'efficacité des incitations (financières ou autres) suppose que certaines conditions, quant au contexte général et organisationnel dans lequel elles s'inscrivent, soient réunies* ».
- **En 2005**, Joël Ménard<sup>13</sup> faisait quant à lui, le constat que « *en France, pour la prévention individuelle, il faut surtout éviter de proposer plus à court terme et s'efforcer de faire mieux à long terme* ». Il rappelait que les 2 objectifs des consultations de prévention étaient : 1. la mise en œuvre d'interventions ayant démontré leur efficacité dans la protection et le maintien de la santé des individus ; 2. la contribution à l'amélioration de l'état de santé de la population française, par le développement d'une synergie entre prévention individuelle et collective, la facilitation de la mise en œuvre des pratiques recommandées et la participation à une évaluation des pratiques et des résultats. Ces consultations se doivent d'être structurées, en particulier sur une hiérarchisation et une analyse des principaux risques individuels. Il introduisait également la nécessité de leur évaluation, par l'intermédiaire d'études pilotes sur 3 à 5 ans, tout en précisant que leur impact spécifique en terme d'action de santé publique nationale ne peut guère être mesurable que sur une décennie et que l'interprétation des résultats est toujours difficile, notamment en raison de la non-participation des personnes les plus à risque.

---

<sup>10</sup> Marcel Goldberg, Rapport final d'expertise sur l'activité et les orientations des centres d'examens de santé, 13 novembre 2000 : [http://www.rppc.fr/Expertise\\_CES.pdf](http://www.rppc.fr/Expertise_CES.pdf)

<sup>11</sup> Santé, pour une politique de prévention durable, Rapport annuel 2003, IGAS. [http://www.sante.gouv.fr/cdrom\\_lpsp/pdf/rapport\\_igas\\_2003\\_prevention.pdf](http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/rapport_igas_2003_prevention.pdf) (consulté le 23/07/08)

<sup>12</sup> Emile Lévy et Pierre Lévy, La consultation de prévention : recensement des exemples internationaux et impacts médico-économiques, Rapport final pour la Direction de la sécurité sociale (sous direction des études et des prévisions financières), Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, juin 2003 (rapport non publié)

<sup>13</sup> Joël Ménard, La consultation périodique de prévention, Rapport - mai 2005 : <http://www.sfsp.fr/publications/detail.php?cid=93>

La même année, Richard Bouton a rédigé, toujours à la demande de DGS, un rapport sur la place du médecin généraliste dans la politique de santé publique (non publié)<sup>14</sup>. Ce rapport préconise d'appliquer au médecin généraliste le concept de délégations sanitaires par le biais d'un contrat, d'un ensemble de tâches de santé publique, dont la prévention et la veille sanitaire, en s'inspirant du mandat sanitaire des vétérinaires.

- **En 2006**, le rapport de la Commission d'orientation prévention<sup>15</sup> a recommandé l'organisation de « rendez-vous santé » réguliers pour chaque Français avec son médecin, en dehors de toute situation pathologique, afin d'élaborer un protocole de prévention et de mettre en place les mesures individuelles médicalisées (consultation spécifique de prévention, vaccination...) ou non, nécessaires. Il a également conseillé une approche centrée sur les âges de la vie, considérant trois périodes sensibles : la grossesse, l'enfance et la cinquantaine, où la fréquence des « rendez-vous santé » devrait être augmentée.

Sur le plan international, les données sont essentiellement descriptives, rarement analytiques. Trois types d'études, essentiellement anglo-saxonnes, peuvent être distinguées selon qu'elles s'intéressent aux caractéristiques des acteurs impliqués, aux aspects organisationnels ou à l'impact des démarches de prévention.

- Les patients bénéficiant d'actions de prévention menées à l'initiative du médecin ne sont pas choisis au hasard. Des profils types se dégagent par exemple en fonction de l'âge, le caractère primo-consultant du patient étant constamment retrouvé<sup>16,17</sup>. Par ailleurs, si les consultations de prévention sont globalement plébiscitées, les hommes semblent, pour des raisons culturelles, moins enclins que les femmes à y participer<sup>18</sup>, tout comme les personnes âgées qui, outre d'éventuelles difficultés pour se rendre sur les lieux de consultation, relatent la peur de renoncer à leur statut de bien portant si on leur dépistait quelque affection<sup>19</sup>. Enfin, les médecins s'inscrivant plus volontiers dans une démarche de prévention sont typiquement jeunes, exerçant en groupe, et ayant bénéficié d'une formation de résident en médecine générale<sup>20</sup>.

- L'une des principales conclusions du Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique est que cet examen, plus qu'un bilan annuel de routine, devrait être axé sur le dépistage de certains troubles ciblés, et l'élimination de facteurs de risque précis dans des populations d'âges, sexes et niveaux de risque différents<sup>21</sup>. Aussi, pour mener une politique de prévention efficace, il s'avère indispensable de réfléchir à une définition précise des missions de chacun, à la formation des médecins (et des autres professionnels de santé impliqués), ainsi qu'à l'élaboration de protocoles et guidelines<sup>22</sup>.

---

<sup>14</sup> Richard Bouton, Participation des médecins généralistes à la mise en œuvre de la politique de santé publique, février 2005, Rapport remis à la DGS (non publié)

<sup>15</sup> Rapport final "Stratégies Nouvelles de Prévention" de la Commission d'Orientation Prévention (15 décembre 2006) (Format PDF) : [http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/toussaint\\_151206/rapport.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/toussaint_151206/rapport.pdf)

<sup>16</sup> Goodwin MA, Flocke SA, Borawski EA, Zyzanski SJ, Stange KC. Direct observation of health-habit counseling of adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med. 1999 Apr;153(4):367-73.

<sup>17</sup> Flocke SA, Stange KC, Goodwin MA. Patient and visit characteristics associated with opportunistic preventive services delivery. J Fam Pract. 1998 Sep;47(3):202-8.

<sup>18</sup> Viera AJ, Thorpe JM, Garrett JM. Effects of sex, age, and visits on receipt of preventive healthcare services: a secondary analysis of national data. BMC Health Serv Res. 2006 Feb 23;6:15.

<sup>19</sup> Boles M, Getchell WS, Feldman G, McBride R, Hart RG. Primary prevention studies and the healthy elderly: evaluating barriers to recruitment. J Community Health. 2000 Aug;25(4):279-92.

<sup>20</sup> Stange KC, Fedirko T, Zyzanski SJ, Jaén CR. How do family physicians prioritize delivery of multiple preventive services? J Fam Pract. 1994 Mar;38(3):231-7.

<sup>21</sup> Guide Canadien de médecine clinique préventive, Agence de la santé publique du Canada, chapitre « Les lignes directrices pour la médecine préventive : leur rôle dans la prévention clinique et la promotion de la santé », 1994. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinic-clinique/pdf/guidf.pdf> (consulté le 23/07/08)

<sup>22</sup> Underbakke G, McBride PE. Office systems for heart disease prevention. Prim Care. 2005 Dec;32(4):883-900.

- Les études relatives à l'évaluation de l'impact des actions de prévention ont abouti à des résultats mitigés. Si certains programmes spécifiques, notamment le « Dental case management »<sup>23</sup>, ont fait preuve d'efficacité en terme de prévention et de soin, d'autres, comme le programme « Put prevention into practice », ont permis d'augmenter le nombre d'actes de prévention (vaccination, dépistage d'anomalies du bilan lipidique, évaluation de la consommation tabagique, dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus...) <sup>24</sup> sans pour autant faire la preuve d'une réelle efficacité sur la morbidité des patients. Enfin, une récente méta-analyse a montré une réduction significative du nombre d'hospitalisations<sup>25</sup> et une autre étude une amélioration du bilan lipidique<sup>26</sup> chez les patients ayant bénéficié d'actions de prévention, mais le bénéfice en terme de coût, d'hygiène de vie (activité physique, indice de masse corporelle)<sup>27, 28, 29</sup>, de handicap ou de mortalité était beaucoup plus nuancé<sup>25, 30</sup>.

**Au total, ce premier constat est peu conclusif.**

Pourtant, de façon récurrente, depuis plusieurs décennies, l'adage suivant est mis en avant :

*« Pratiquer périodiquement des bilans de santé est une manière efficace de prévenir les maladies ».*

Cette affirmation relève plus d'une notion de bon sens admise par tous, a priori, que d'une analyse des expériences ou des programmes mis en œuvre et qui auraient montré leur intérêt ou leur efficacité. En quelque sorte, c'est principalement la représentation que chacun se fait des consultations de prévention qui porte cet adage, plus qu'une véritable analyse scientifique sur l'intérêt d'une telle approche<sup>31</sup>.

En tout état de cause la problématique de la consultation de prévention dédiée telle qu'elle pourrait être conçue et telle qu'elle existe actuellement au travers des dispositifs existants, doit être analysée au regard du rôle du médecin généraliste et du médecin traitant dans le cadre de la loi et des orientations de l'assurance maladie.

---

<sup>23</sup> Greenberg BJ, Kumar JV, Stevenson H. Dental case management: increasing access to oral health care for families and children with low incomes. J Am Dent Assoc. 2008 Aug;139(8):1114-21.

<sup>24</sup> Gottlieb NH, Huang PP, Blozis SA, Guo JL, Murphy Smith M. The impact of Put Prevention into Practice on selected clinical preventive services in five Texas sites. Am J Prev Med. 2001 Jul;21(1):35-40.

<sup>25</sup> Boulware LE, Barnes GJ, Wilson RF, Phillips K, Maynor K, Hwang C, Marinopoulos S, Merenstein D, Richardson-McKenzie P, Bass EB, Powe NR, Daumit GL. Value of the Periodic Health Evaluation. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2006. <http://www.annals.org/cgi/content/abstract/146/4/289> (consulté le 23/07/08)

<sup>26</sup> Kanstrup H, Refsgaard J, Engberg M, Lassen JF, Larsen ML, Lauritzen T. Cholesterol reduction following health screening in general practice. Scand J Prim Health Care. 2002 Dec;20(4):219-23.

<sup>27</sup> Eden KB, Orleans CT, Mulrow CD, Pender NJ, Teutsch SM. Does counseling by clinicians improve physical activity? A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2002 Aug 6;137(3):208-15.

<sup>28</sup> Dowell AC, Ochera JJ, Hilton SR, Bland JM, Harris T, Jones DR, Katbamna S. Prevention in practice: results of a 2-year follow-up of routine health promotion interventions in general practice. Fam Pract. 1996 Aug;13(4):357-62.

<sup>29</sup> Hull PC, Husaini BA, Tropez-Sims S, Reece M, Emerson J, Levine R. EPSDT preventive services in a low-income pediatric population: impact of a nursing protocol. Clin Pediatr (Phila). 2008 Mar;47(2):137-42. Epub 2007 Sep 14.

<sup>30</sup> Gordon PR, Senf J, Campos-Outcalt D. Is the annual complete physical examination necessary? Arch Intern Med 1999;159:909-10.

<sup>31</sup> François Baudier : Le parcours de santé : quelle place pour la prévention individualisée ? Concours Médical, 9/11/2005, 127-34, 1931-34.

## METHODE ET LIMITES

Les documents produits et les communications faites au cours de quatre manifestations qui se sont déroulées en 2006 et 2007 ont été analysés :

- le séminaire de la Société française de santé publique (SFSP) qui s'est déroulé fin 2006<sup>32</sup>,
- les Etats généraux de la prévention (fin 2006 - début 2007)
- les Journées de l'INPES au printemps 2007<sup>33</sup>
- le second séminaire de la SFSP (septembre 2007)<sup>34</sup>.

De plus, l'ensemble des Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), des Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) et des Union régionales des médecins libéraux a été interrogé par courrier électronique.

Sont exclus de cette étude :

- les examens pratiqués par la Protection maternelle et infantile (PMI), la Santé scolaire, la Médecine du travail... ou pour des pathologies particulières, par exemple, la prévention bucco-dentaire (programme M'T dents proposé à 5 âges clés : 6, 9, 12, 15 et 18 ans)<sup>35</sup>,
- les démarches de prévention tertiaire, par exemple concernant la prise en charge des maladies chroniques, telles que promues aujourd'hui par l'Assurance maladie à travers :
  - . de nouveaux protocoles pour les Affections de longue durée (ALD), afin de développer un accompagnement de qualité et partagé avec les patients (guides HAS)
  - . « Sophia », le service d'accompagnement de l'Assurance maladie pour les personnes atteintes de maladies chroniques<sup>36</sup>

Plusieurs personnes ont été auditionnées en raison de leur implication sur le sujet et de la diversité de leurs points de vue. Elles l'ont été au cours de réunions téléphonées d'environ une heure, à partir d'une grille d'interview préalablement adressée à chaque personne concernée (la saisine de la DGS et un pré rapport sur le sujet étaient aussi transmis) :

- Richard BOUTON, médecin, consultant
- Rémy BATAILLON, médecin, directeur de l'URML Bretagne
- Bertrand GARROS, président de INPES, membre de la conférence nationale de santé
- Marcel GOLDBERG, professeur de santé publique, membre de la commission prévention et déterminants de santé du HCSP
- Laurent CHAMBAUD, médecin de santé publique, IGAS, ancien président de la SFSP
- Jean-Pierre DESCHAMPS, professeur de santé publique honoraire, ancien directeur du Centre d'examen de santé de Vandoeuvre les Nancy
- André FLAJOLET, député du Pas-de-Calais, auteur d'un récent rapport sur l'organisation de la santé et la prévention
- Hubert ALLEMAND, professeur de santé publique, médecin conseil national de la CNAMTS
- Patrick VUATTOUX, médecin généraliste, président de la Fédération comtoise des maisons de santé (FEMASAC)
- Gilles LÉBOUBE, médecin conseil, Direction régionale du service médical Bourgogne Franche-Comté

---

<sup>32</sup> SFSP, La consultation de prévention en médecine générale - Actes du séminaire du 4 décembre 2006 à Paris, Numéro 13, Collection Santé et Société : <http://www.sfsp.fr/publications/detail.php?cid=2>

<sup>33</sup> 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](http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/pdf/2007/Session2_synth.pdf)

<sup>34</sup> SFSP, Médecins généralistes et prévention - Séminaire du 21 septembre 2007 à Paris - Actes du séminaire- Société française de santé publique – à paraître été 2008.

<sup>35</sup> Site M'T dents : <http://www.mtdents.info/>

<sup>36</sup> Bismuth C. Un projet d'accompagnement des diabétiques pour apporter des conseils en santé et aider à orienter dans le système de soins. Réseaux Diabète, Juin 2007:14-5.

## LES DISPOSITIFS EXISTANTS

Ils ont été identifiés, suivant trois modalités :

- universelle,
- limitée sur le plan géographique ou populationnelle,
- expérimentale.

Pour être retenu dans cette analyse :

- seules les populations, à priori en bonne santé, doivent être concernées,
- le médecin traitant doit être un acteur du dispositif, même si son degré d'implication peut être variable.

Ces différentes consultations sont présentées dans les tableaux synthétiques ci-après et développées par fiches en annexe.

### 1 – Les dispositifs universels de l'Assurance maladie autour d'examens périodiques

Ils sont de trois types, suivant le régime d'appartenance des assurés (*Tableau I*).

Tableau I  
**Consultations de prévention :  
Assurance Maladie**

Promoteur	Population cible	Effecteur	Pathologie	Outil/Principe	Lieu	Fiche
<b>Régime Général</b>	Priorité aux précaires	Centres d'examen de santé (CES) Médecin généraliste (MG) pour consultation de suivi (1,5C)		Consultation sans avance de frais, sur invitation	France	1
<b>MSA</b>	16-24 25-34 35-44 45-54 55-65	MG	Spécificité par tranche d'âge	Consultation sans avance de frais, sur invitation, forfait MG 1,5C	France	2
<b>RSI</b>	15-25 26-40 41-55 56-70	MG	Spécificité par tranche d'âge	Consultation sans avance de frais, sur invitation, forfait MG 2C	France	3

### 2 – Les dispositifs universels de l'Assurance maladie autour du médecin traitant et de la prévention (fiche 4)

Des engagements conventionnels ont été pris et mis en œuvre, dans un premier temps sur trois thèmes :

- la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées de 65 ans et plus,

- la vaccination anti-grippale chez les sujets de 65 ans et plus ainsi que pour les malades atteints de certaines Affections de longue durée (ALD),
- le dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans.

Ils se poursuivent autour d'autres sujets ou de nouvelles populations :

- la femme enceinte,
- les risques cardiovasculaires
- l'obésité

### **3 – Le dispositif universel de suivi de la grossesse (fiche 5)**

Sept consultations prénatales sont prévues pendant la grossesse ainsi qu'un entretien individuel ou en couple au cours du 1<sup>er</sup> trimestre (réalisé par un médecin ou une sage-femme). La consultation postnatale permet de faire le point sur l'état de santé de la femme.

### **4 – Les dispositifs universels pour les enfants avant 6 ans (fiche 6)**

Vingt examens ont lieu de la naissance à 6 ans. Les effecteurs en sont les médecins généralistes, les pédiatres, la PMI et/ou la santé scolaire. Des certificats de santé obligatoires sont délivrés au 8<sup>ème</sup> jour, au 9<sup>ème</sup> et au 24<sup>ème</sup> ou 25<sup>ème</sup> mois. Des consultations sont aussi prévues une fois par mois jusqu'à 6 mois et à 12 mois, ainsi que des bilans de santé deux fois par an de 2 à 6 ans.

L'ensemble de ce dispositif est appliqué dans toute la France avec une implication du généraliste et du pédiatre qui diminue au fil de l'avancée en âge.

### **5 – Les nouveaux dispositifs à vocation universelle impulsés par le Ministère**

Ils sont de trois types :

- *pour les enfants de 12 à 13 ans*, des consultations réalisées par des médecins généralistes et des pédiatres ont été expérimentées dans trois départements (fiche 7);
- *pour les personnes âgées de 70 ans*, des consultations faites par le généraliste ont été également expérimentées dans trois autres départements (fiche 8);
- enfin, la consultation « Jeune » pour les 16-25 ans a été annoncée mais n'est pas encore mise en place à ce jour.

Les deux premiers dispositifs ayant une dimension expérimentale ont été évalués et interrompus.

### **6 – Les dispositifs expérimentaux relevant d'initiatives récentes**

Ils ont des caractéristiques différentes et souvent complémentaires :

- centrés sur les risques cardiovasculaires et/ou les services d'aval (*Tableau II*),
- ayant un support informatique novateur avec des logiciels facilitant le calcul des risques, le suivi... (*Tableau III*)
- s'appuyant sur un dispositif innovant en matière de coopération interprofessionnelle (*Tableau IV*),
- destinés à certaines populations avec l'émergence du public étudiant (*Tableau V*).

**Tableau II**  
**Dispositifs centrés sur les risques cardiovasculaires**  
**et/ou les services d'aval**

Promoteur	Population cible	Effecteur	Pathologie	Outil/Principe	Partenariat	Lieu	Fiche
<b>Prévadiès</b>	18-28 40-70	50 MG	Maladie cardio-vasculaire (MCV) 9 facteurs de risque	Consultation spécifique + suivi	Services mutualisés d'aval	4 départements Lorrains	9
<b>URML Bretagne Prévarance</b>	50-54 H 60-64 F	MG	MCV	Consultation spécifique + suivi	Orientation services spécialisés : éducation thérapeutique , tabac	Dinan	10
<b>URML Nord / Pas de Calais</b>	MG	Attachés d'information		Informations par attachés de MG	Services d'aval	Nord / Pas de Calais	11
<b>URCAM Centre</b>	50-65 H 55-65 F	15 MG	MCV	Consultation spécifique + suivi Majoration de la consultation	Orientation diététiciennes	Eure & Loire	12

**Tableau III**  
**Supports informatiques novateurs avec des logiciels**  
**facilitant le calcul des risques, le suivi...**

Promoteur	Population cible	Effecteur	Pathologie	Outil/Principe	Lieu	Fiche
<b>EsPeR</b>	Tout âge	MG	L'outil détermine un profil de risque	Logiciel EsPER		13
<b>MG FORM</b>	Tout âge	MG		Logiciel PPP (Plan personnalisé de prévention)		14
<b>URML Poitou-Charentes</b>	18-75	10 MG		Logiciel Consultation de prévention chez l'adulte		15

**Tableau IV**  
**Dispositif innovant**  
**en matière de coopération interprofessionnelle**

<b>Promoteur</b>	<b>Population cible</b>	<b>Effecteur</b>	<b>Pathologie</b>	<b>Outil/Principe</b>	<b>Partenariat</b>	<b>Lieu</b>	<b>Fiche</b>
<b>Maison de santé Besançon</b>	50-75	MG / Infirmière (IDE)		Logiciel PPP / Consultation spécifique + suivi	Coopération avec IDE	Besançon	16

**Tableau V**  
**Bilan destiné à certaines populations**  
**avec l'émergence du public étudiant.**

<b>Promoteur</b>	<b>Population cible</b>	<b>Effecteur</b>	<b>Pathologie</b>	<b>Outil/Principe</b>	<b>Partenariat</b>	<b>Lieu</b>	<b>Fiche</b>
<b>Mutuelle Etudiants</b>	Etudiants	MG		Réseau de professionnels, consultation sans avance de frais	Services mutualistes Services médecine universitaire	Aix en provence	17
<b>SMEREP URML idf</b>	Etudiants	MG		Consultation sans avance de frais		Ile de France	18

## ANALYSE ET DISCUSSION

### **Prévention et médecine libérale: la part non visible des activités et du financement**

La DREES et l'IRDES ont publié une étude sur l'évaluation économique de la prévention en France<sup>37</sup>. D'après ce travail, elle représente 6,4 % des dépenses courantes de santé, c'est-à-dire 10,5 milliards d'euros<sup>38</sup>.

Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie a rendu un rapport explicitant la répartition de ces dépenses. Il a différencié deux grands types de prévention :

- La prévention « visible » représente à peu près un tiers de cette somme. Ce sont en particulier tous les programmes développés par l'INPES, ceux liés aux risques sanitaires ou professionnels.
- La prévention « cachée » : elle correspond à la masse financière la plus importante. Elle est réalisée au sein des consultations des médecins généralistes (vaccination, dépistage, conseils hygiéno-diététiques...).

L'Assurance Maladie, à travers le financement des actes des professionnels de santé (budget « risque maladie »), est donc engagée depuis de nombreuses années dans de multiples interventions individualisées de prévention : vaccination, conseils hygiéno-diététiques, dépistages... L'importance et l'efficacité de ces dernières sont difficiles à mesurer. C'est la raison pour laquelle les partenaires conventionnels se sont engagés (à partir de 2005) dans une nouvelle politique à travers la mise en place du dispositif « médecin traitant ».

### **Un nouveau positionnement du médecin généraliste**

*Verbatim : Jean-Pierre Deschamps*

*« Il faut remettre sur la table l'ensemble des soins primaires ambulatoires ».*

*Verbatim : André Flajolet*

*« La prévention est une affaire qui se passe avant l'acte de soins, mais c'est surtout quelque chose qui a besoin de la déférence des acteurs de soins ».*

L'article 7 de la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie précise qu'afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de 16 ans ou plus, indique à son organisme gestionnaire de base d'Assurance Maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi en accord avec celui-ci.

Dans la majorité des cas le médecin traitant s'avère être le généraliste exerçant à titre libéral. La forte adhésion des Français au médecin traitant (en 2008, près de 85% des assurés en avaient choisi un) et son rôle comme coordonnateur des soins de premier recours, semblent donc avoir créé les conditions pour le développement d'actions de prévention plus personnalisées.

---

<sup>37</sup> Fénina A., Geffroy Y., Minc C., Sarlon E. (Drees) ; Th Renaud, Sermet C. (Irdes) : Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France Questions d'économie de la santé n° 111 -Juillet 2006, 1-8

<sup>38</sup> Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Assurance maladie et prévention : pour un engagement plus efficace de tous les acteurs, 15 novembre 2004 : 40 p

La loi portant sur la réforme de l'Assurance maladie et la convention signée début 2005, sur « le parcours de soins et la coordination », précisent que le médecin traitant assure une relation de proximité avec ses patients qui le situe « *au cœur du développement de la prévention de la santé* ». Par ailleurs, les orientations de gestion du risque adoptées en juin 2005 par l'Assurance maladie (et complétées pour la prévention en septembre 2005) mettent « *la prévention et l'information de l'assuré* » comme un des cinq domaines d'actions privilégiées pour les années à venir (voir encadré)<sup>39</sup>, <sup>40</sup>, <sup>41</sup>.

Dans ce cadre, l'accent est mis sur le développement « des programmes personnalisés de prévention » où les professionnels de santé seront amenés à jouer « *un rôle incontournable* ». La priorité est donnée au développement d'actions de prévention ciblées en fonction des facteurs de risque du patient. Le médecin traitant, du fait de son rôle spécifique de conseil et de suivi auprès du patient, est au cœur de ce dispositif. De plus, en prévention tertiaire, l'accompagnement des sujets atteints de pathologies lourdes ou chroniques est développé en termes de prévention des complications, d'organisation de l'offre de soins, d'aide au bon suivi des traitements. L'éducation thérapeutique du patient est alors l'élément structurant de cette démarche.

**Trois textes précisent les nouvelles orientations  
de l'Assurance maladie en matière de prévention (2005)**

**La nouvelle convention médicale et le médecin traitant (janvier 2005)**

*Le chapitre 1 sur le parcours de soins et la coordination précise 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 s'engagent donc à travers cette convention à renforcer leur rôle dans ce domaine, notamment en développant la dimension « santé publique » dans l'offre de formation continue conventionnelle et en favorisant la participation des médecins traitants aux programmes de prévention. En conséquence, les missions du médecin traitant sont d'assurer les soins de prévention (dépistage, éducation sanitaire...) et contribuer à la promotion de la santé.*

**Les orientations en matière de gestion du risque (juin 2005)**

*Elles sont au nombre de cinq et la première porte sur « la prévention et l'information de l'Assuré ». Cette dernière précise que ces actions de prévention s'inscrivent dans le cadre des deux lois du 9 et 13 Août 2004 et sont mises en œuvre à l'intention des assurés. Elles concernent préférentiellement « la prévention médicale » et la priorité est donnée aux grandes affections chroniques constituant le champ des ALD. Elles doivent reposer sur des référentiels établis par la Haute autorité de santé.*

**Les orientations en matière de prévention (septembre 2005)**

*1. Contribuer à la mise en œuvre de la politique de prévention coordonnée par l'État en :*

- *se mobilisant plus spécifiquement sur certains plans (parmi les 5) et sur plusieurs objectifs (parmi les 100)*
- *promouvant les programmes nationaux et régionaux qui les déclinent,*
- *favorisant la participation des professionnels de santé et des assurés (site ameli.fr, plate-forme de service...).*

*2. Développer des programmes personnalisés de prévention :*

- *autour du médecin traitant et du « parcours personnalisé de prévention »,*
- *en favorisant la complémentarité entre médecin traitant et CES,*
- *en mettant l'accent aussi sur le domaine bucco-dentaire.*

*3. Développer l'accompagnement des pathologies lourdes en :*

- *favorisant une offre en éducation thérapeutique ciblant 5 pathologies (asthme, diabète, maladie cardio-vasculaire, insuffisance rénale et obésité),*

<sup>39</sup> Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. J.O n° 190 du 17 août 2004 page 14598

<sup>40</sup> Conseil de la CNAMTS. Réunion du 1er septembre 2005. Contribution de l'Assurance maladie à la politique de santé et de prévention. Note d'orientations : 12 p.

<sup>41</sup> Convention d'Objectifs et de Gestion entre l'État et la CNAMTS pour la branche maladie, période 2006-2009. Août 2006 : 62 p.

- développant une information des patients, une formation des professionnels et la mise en place de structures.

4. Lutter contre les inégalités de santé en :

- évaluant les actions de l'Assurance maladie au regard de leur impact dans le champ des inégalités,
- réévaluant les actions et objectifs des CES dans ce domaine,
- expérimentant des dispositifs innovants et favorisant les recherches en sciences sociales en lien avec le Conseil scientifique de la CNAMTS.

Pour la plupart d'entre elles, ces orientations ont été inscrites dans la Convention d'objectifs et de gestion signée entre l'Etat et l'Assurance maladie pour la période 2006-2009.

**Verbatim : Hubert Allemand**

« Le médecin dans ce cadre pourra proposer une démarche programmée (ce qui introduit la notion de suivi), mais aussi se sentir responsabilisé vis-à-vis des personnes qui se seront confiées à lui. Les experts doivent définir des recommandations efficaces et adaptées selon les pathologies, les âges, les contextes particuliers. Cette approche permet, de plus, de toucher l'ensemble de la population, et pas seulement les personnes intéressées. Le médecin traitant est en effet responsabilisé sur l'ensemble de sa population, qu'elle soit plus ou moins aisée ou en situation de fragilité ».

Cette approche passe par un continuum à la main du couple patient - médecin traitant et des professionnels de santé coordonnés avec lui en fonction des situations personnelles.

Par ailleurs, le décret de 2004 relatif à l'organisation du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales (JO du 18/01/2004) ouvre l'accès de la médecine générale au rang des spécialités. Il permet le recrutement d'internes de médecine générale qui suivront le diplôme d'études spécialisées correspondant acquis au terme de 3 années d'internat. Ce diplôme confie aux médecins qui le détiennent la qualité de spécialistes en médecine générale.

Enfin, le projet de loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) définit les missions du médecin généraliste de premier recours de la façon suivante :

- 1 – contribuer à l'offre de soins ambulatoire en assurant pour les patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies, ainsi que l'éducation pour la santé.
- 2 – orienter les patients selon leurs besoins dans le système de soins et le secteur médico-social.
- 3 – s'assurer que la coordination des soins nécessaires à ses patients est effective.
- 4 – veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient.
- 5 – assurer la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.
- 6 – contribuer aux actions de prévention et de dépistage.
- 7 – participer à la permanence des soins ...

Certains vont plus loin en considérant que le médecin généraliste représente l'essentiel de l'infrastructure sanitaire de base et doit contribuer à ce titre à la politique de santé publique sous la forme du *mandat sanitaire* tel qu'il existe dans la profession des vétérinaires. Il s'agit de permettre au médecin de par son statut professionnel de prendre des initiatives de santé publique dans une approche collective en matière de veille sanitaire et de prévention à l'égard de ses propres patients, comme par exemple effectuer une relance pour le rappel des vaccins ou de

dépistage périodique. Le Dr Richard Bouton dans un rapport de février 2005, commandé par la DGS sur le thème de la participation des médecins généralistes à la mise en œuvre de la politique de santé publique, propose cette évolution<sup>42</sup>.

**Verbatim : Richard Bouton**

« Deux questions se posent :

- comment utiliser le réseau des médecins généralistes ?
- quel modèle économique doit-on suivre ?

*Il y a eu une première étude de la DGS : inventaire de l'existant en matière d'alerte sanitaire au sein de l'ensemble des professions de santé.*

*On a découvert une profession, celle des vétérinaires libéraux qui sont organisés en matière d'alerte sanitaire. Il existe un mandat sanitaire, une délégation faite aux vétérinaires en matière de compétence sanitaire. Le mandat sanitaire inclut toutes les tâches qui doivent être accomplies et qui varient selon qu'ils se situent en zone rurale ou urbaine (prélèvements, alertes...) moyennant rémunération par le Ministère de l'agriculture. L'adhésion est volontaire et 80% des vétérinaires y souscrivent.*

*La seconde étude a consisté à transposer le mandat sanitaire aux médecins libéraux afin de résoudre la question du statut du médecin libéral. Ce dernier date de 1928. Il est bloquant pour la profession alors que se posent les questions des diversifications des modes de rémunération, de répartition sur le territoire et d'investissement en matière de santé publique.*

*Je propose que le modèle professionnel et économique s'inspire du mandat sanitaire des vétérinaires libéraux. L'adhésion devrait être volontaire et impliquer une formation. Le médecin devrait consacrer 20% de son temps à une activité autre que celle attachée aux prescriptions. Ceci permettrait d'ailleurs de diminuer le nombre de prescriptions d'éléments pharmaceutiques. Ce dispositif est compatible avec la loi du 09/08/04 qui comporte des tâches obligatoires (recueil d'éléments épidémiologiques, participation à la permanence des soins...) et des tâches facultatives ».*

## **Des activités de prévention peu encadrées**

**Verbatim : Laurent Chambaud :**

« La consultation de prévention est probablement l'un des éléments qui motiveraient l'acteur de soins, mais comment le placer par rapport à son propre travail, comment intégrer cela dans une dimension de nature essentiellement curative ? ».

**Verbatim : Rémy Bataillon**

« L'intérêt (de la consultation de prévention) est double:

- sur le plan politique et symbolique, réaffirmer la place des médecins traitants par rapport à cette mission de prévention,
- permettre une négociation de projets de soins avec les patients repérés à risque ».

Les médecins généralistes sont avant tout formés à guérir et remplissent d'abord un rôle curatif. Leurs principaux outils sont la démarche diagnostic et la stratégie thérapeutique. Dans les conditions pratiques de leur métiers, sous tendues par les contraintes de temps et les régimes tarifaires, il ne leur est pas toujours possible devant un patient venant à eux avec un symptôme précis de s'intéresser à ce qui n'est pas exprimé.

---

<sup>42</sup> Richard Bouton, Participation des médecins généralistes à la mise en œuvre de la politique de santé publique, février 2005, Rapport remis à la DGS (non publié)

La fonction préventive occupe une place variable, appelée à s'accroître, et s'exerce dans le continuum de suivi du patient tout au long de la vie.

L'activité de prévention était évaluée en 1999 à 15% du temps de travail des médecins<sup>43</sup>. Plus récemment entre janvier et mars 2006 une recherche<sup>44</sup> menée sur un panel de médecin de la région PACA, ayant pour objectif principal d'étudier les attitudes et pratiques des médecins généralistes vis-à-vis de la prévention et de l'éducation à la santé, établissait que sur 528 médecins plus de 83% considéraient que la prévention faisait partie de leur rôle. 55,5% déclaraient devoir s'impliquer d'avantage dans les actions de prévention. Plus de 80% déclaraient réaliser certaines actions de prévention comme proposer une mammographie aux patientes de 50 à 75 ans, repérer les effets iatrogènes des poly prescriptions chez les personnes âgées, repérer les problèmes de poids chez l'enfant, repérer et proposer un sevrage aux fumeurs. Le médecin a toute latitude à son initiative ou à la demande du patient de faire le point avec celui-ci sur des aspects de prévention au cours d'une consultation classique ou ultérieurement lors d'une consultation spécifique. Dans l'étude PACA, la proposition d'une consultation de prévention au patient n'était faite que par 18% des médecins.

Si les médecins généralistes accomplissent tous les jours des actes de nature préventive, comme l'écrit le Pr Goldberg<sup>45</sup> « *une prévention efficace ne se réduit aucunement à la pratique isolée et spontanée d'actes considérés comme de nature préventive (vaccination, dépistage, conseil hygiéno-diététique). Seul des programmes de prévention aux objectifs explicites contrôlés tout au long de leurs réalisations et évalués en permanence peuvent présenter une véritable efficacité... et une des caractéristiques majeures de la médecine de ville (générale ou spécialisée) est de ne pas être coordonnée au niveau collectif et de reposer entièrement sur le caractère spontané de la demande et de l'offre de soins ; ce qui est contradictoire avec une activité de prévention rigoureusement planifiée et programmée* ».

Ceci est d'autant plus important que, comme indiqué précédemment, la partie cachée de la prévention, c'est-à-dire celle qui est réalisée au sein d'une consultation de médecin, a été évaluée à deux tiers des sommes engagées dans ce domaine.

## Deux orientations pour les pratiques préventives

### **Verbatim : Patrick Vuattoux**

*« Les consultations de prévention sont d'une nécessité absolue. Elles permettent au médecin généraliste, dans le cadre du suivi qu'il réalise, de fixer des objectifs avec le patient. La prévention présente cependant un visage frustrant pour le médecin qui ne peut voir les fruits directs de son action.*

*Par ailleurs, les tableaux de bords sont très importants pour les motivations du professionnel ».*

### **Verbatim : Hubert Allemand**

*« La mise en place de consultations de prévention est un art difficile ! »*

---

<sup>43</sup> Rapport IGAS 2003 – Page 73 - Etude du cabinet CEMKA et du groupe Thalès pour la direction de la Sécurité Sociale.

<sup>44</sup> Aulagnier M, Videau Y, Combes J-B, Sebbah R, Paraponaris A, Verger P, Ventelou B : Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention : les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence-Alpes-Côte d'Azur, Prat Organ Soins 2007;38(4):259-268.

<sup>45</sup> Rapport d'expertise sur l'activité et les orientations des CES – Goldberg - 13 novembre 2000

**Verbatim : Jean-Pierre Deschamps**

« Faire une consultation dédiée pour que le médecin fasse ce qu'il devrait faire dans le cadre de son exercice quotidien pointerait la prévention comme une mission supplémentaire et non comme une fonction fondamentale du généraliste dans l'exercice normal de son activité ».

**Verbatim : Gilles Leboube**

« Sans organisation des soins de premiers recours, je ne pense pas que la prévention puisse se développer sous l'une ou l'autre de ses formes (consultation dédiée ou surtout dans le cadre de l'activité courante) ».

La première orientation consiste à demander aux médecins généralistes dans le cadre d'une consultation spécifique de prévention de faire le point sur certains risques. La consultation de prévention universelle s'adresse à tout un chacun et pas forcément à des personnes malades. Il s'agit d'un rendez-vous spécifique pour faire le point sur l'état de santé d'un individu. La consultation doit porter sur les facteurs de risque avérés comme étant susceptibles d'aboutir ou ayant déjà abouti à une pathologie. Elle s'oppose à la consultation sélective qui au contraire s'adresse au sujet déjà atteint par une affection chronique ou lourde. Il convient de faire la distinction entre, d'une part, une consultation non sélective qui s'adresse à tous le monde avec pour seuls critères l'âge et la périodicité - prévention primaire, et d'autre part, une consultation dédiée en fonction par exemple de facteurs de risques - prévention secondaire - ou de pathologie diagnostiquée - prévention tertiaire.

La Mutualité Sociale Agricole et le RSI, l'Etat, des mutuelles, ainsi que différentes expérimentations à l'initiative notamment d'URML ont pris l'option d'une consultation spécifique dédiée à la prévention. Le régime général quant à lui a développé ses bilans de santé dans le cadre des Centres d'Examens de Santé qui intègrent une consultation de prévention à proprement parler (voir fiches jointes).

La deuxième option consiste par le biais des relations conventionnelles régissant les rapports entre l'Assurance Maladie et la profession, à introduire dans la pratique des médecins traitants une obligation d'intervention dans le champ de la prévention. Ainsi l'avenant N°12 à la convention médicale applicable à l'ensemble des assurés des différents régimes prévoit des actions spécifiques et ciblées de prévention. Il s'agit d'une démarche s'inscrivant dans un continuum organisé au sein du parcours coordonné de santé, s'appuyant sur les temps de consultation habituels et itératifs entre médecin traitant et patient, plutôt que sur une consultation dédiée à la prévention.

**Verbatim : Rémy Bataillon**

« Une logique opportuniste, à savoir utiliser plutôt les temps de contact existants qu'une consultation dédiée ».

« Le rôle de prévention du médecin traitant doit être intégré dans la prise en charge globale de la consultation par le médecin traitant et ses partenaires soignants (paramédicaux et autres). Il paraît plus pertinent de financer un temps de concertation entre ces professionnels qu'une consultation de prévention dédiée ».

**Verbatim : Hubert Allemand**

« Cela ne passe pas par une consultation définie ou dédiée, mais par un continuum à la main du couple patient - médecin traitant et des professionnels de santé coordonnés avec lui en fonction des situations personnelles ».

La question de savoir quelle option choisir se pose, bien que le législateur semble avoir opté en 2004 pour le maintien des deux dispositifs puisque les lois de 2004 (santé publique et sécurité sociale) ont prévues des consultations de prévention à certaines périodes de la vie, ainsi qu'un rôle renforcé du médecin traitant dans le continuum de prise en charge en termes de soins et de prévention.

Dans les deux options, la démarche est organisée et fléchée sur des âges et des risques de pathologies. Reste à savoir si l'esprit de la loi était d'associer à certains âges certains risques spécifiques ou d'être plus généraliste au travers d'examen périodiques.

### **Des critères de sélection très diversifiés avec une forte prédominance de l'âge**

***Verbatim : Marcel Golberg***

*« Tous, pédiatres, médecin du travail ou autres, ont des arguments spécifiques pour travailler par rapport à des tranches d'âge, mais garder comme critères les tranches d'âges en soi, me paraît totalement inopérant ».*

Les médecins généralistes, en dehors des bilans proposés avant 6 ans et au cours de la grossesse, se trouvent confrontés (ou potentiellement confrontés, certaines actions n'ayant pas encore été mises en œuvre ou généralisées) à une multitude d'actions de prévention pour lesquelles ils sont ou seront sollicités. Il semble donc complexe de comprendre aujourd'hui la cohérence et la complémentarité des offres promues.

L'âge apparaît comme un déterminant essentiel de l'inclusion dans un dispositif (campagne d'information, consultations, actions de préventions conventionnelles) et les actions entreprises sont établies à des âges variables basés sur un ou plusieurs risques de santé. A l'exception de situations de vie telle que la grossesse, c'est donc souvent l'âge qui oriente vers le risque auquel est censé être exposé un individu, qu'il s'agisse des enfants, des adolescents, des adultes ou des personnes âgées. Pourtant les bilans proposés concernent des tranches d'âge très hétérogènes ce qui pose la question de l'identification possible ou non d'âges clés à des risques. Cette question a été largement abordée dans le rapport Ménard<sup>46</sup>.

Par ailleurs, il ne faut pas négliger le fait que le choix d'un âge, d'une tranche d'âge et/ou d'une périodicité permet de gérer la file active des patients ainsi que le coût potentiel d'une opération de prévention. Il permet aussi de prioriser.

***Verbatim : Bertrand Garros***

*« Il paraît plus pertinent de ne pas cibler des âges mais des situations de vie (retraite, chômage...) ».*

***Verbatim : André Flajolet***

*« Il faut donc axer les priorités aux moments de rupture (entrée dans le système scolaire / universitaire ou passage en retraite) ».*

***Verbatim : Hubert Allemand***

*« La tranche d'âge des 16-18 ans correspond au moment où l'adolescent devient adulte et quitte la sphère médicale qui lui avait été proposée par ses parents, et où il peut avoir envie de parler de ses problèmes à une personne neutre, inconnue de sa famille (que ce soit pour des problèmes de santé mentale, de contraception...). Il*

---

<sup>46</sup> Joël Ménard, la consultation périodique de prévention, rapport – mai 2005 : <http://www.sfsp.fr/publications/detail.php?cid=93>

*apparaît pertinent de mettre ces personnes-là en lien avec un médecin avec lequel ils pourront entrer en contact, éventuellement à la demande. Il s'agirait en fait d'une consultation de découverte d'un médecin avec qui on se sent à l'aise, et que l'on pourra consulter quand la situation est difficile (ce qui est facilement le cas à cet âge-là, avec des problèmes d'image corporelle...). Etre en confiance avec un médecin compte beaucoup à cette période de la vie, où l'on se situe dans un « entre-deux ». De plus, contrairement au reste de la population qui peut être amenée à consulter un médecin régulièrement, cette tranche d'âge est relativement peu atteinte de pathologies. Cela peut donc constituer le moment propice pour mettre en place des consultations de prévention. Enfin, c'est l'âge où l'on doit choisir son médecin traitant, avec lequel on doit développer une relation particulière de confiance ».*

**Verbatim : André Flajolet**

*« Les jeunes seniors ou personnes en transition post-professionnelle peuvent aussi représenter une tranche d'âge intéressante, non seulement pour la santé physique mais aussi psychologique en cette période de rupture où apparaissent des modifications comportementales majeures, en terme de changements de rythme de vie, dans la vie relationnelle, de consommation alimentaire... Ainsi chaque « sortie » d'une activité professionnelle devrait être accompagnée d'une sorte de bilan préretraite qui permettrait de définir chez les uns et les autres quelques marqueurs d'anticipation et d'agir précocement sur ceux-ci en délivrant quelques conseils comportementaux plutôt que de soigner ensuite, de façon curative. Ce dispositif serait encore plus pertinent avant le départ en retraite ».*

### **S'appuyer sur des référentiels scientifiquement validés et réévalués périodiquement**

Il se pose la question du fondement des choix qui ont été faits dans les différents dispositifs et également de leur pertinence dans un souci d'équité et d'efficacité. Ceci renvoie à la littérature médicale, aux orientations de la Haute Autorité de Santé, aux statistiques épidémiologiques, mais aussi à l'évaluation effective et au retour d'informations des différents dispositifs en cours. Dans l'action de prévention, les bases scientifiques sur lesquelles l'action est proposée à la population doivent être suffisamment solides pour affirmer ses avantages. La littérature-épidémiologie qui a pour objet de dégager des lois générales doit guider les décideurs en la matière. Probabiliste, elle sert à déterminer un risque en calculant la probabilité de voir associé tel facteur de risque à la survenue d'une maladie, l'âge étant l'un des déterminants. Les conclusions tirées de l'épidémiologie déterminent la nature des actions de santé publique et de prévention qui seront mises en œuvre. Il y a donc nécessité d'utiliser une méthodologie et une évaluation adaptées qui tendent à traduire les actions de préventions en termes de résultats.

C'est ce que réalise pour l'heure le dispositif de prévention prévu aux avenants n° 12 et 23 de la convention médicale.

Pour autant tout n'est pas quantifiable. Si les effets de l'action curative sont généralement visibles à court terme, ceux de l'action de prévention sont par définition (hors les actions de dépistages et de vaccination) non perceptibles, aléatoires, et le résultat retardé.

**Verbatim : Patrick Vuattoux**

*« La protocolisation aidera à avoir une approche rigoureuse, scientifique, et ne reposant pas seulement sur l'expérience du clinicien ».*

**Verbatim : Laurent Chambaud**

« Les Canadiens et les Québécois ont catégorisé les examens médicaux périodiques de l'adulte en 6 grandes catégories :

- Pathologies cardio-vasculaires et respiratoires
- Cancers
- Maladies infectieuses
- Traumatismes
- Aspects psychosociaux
- Aspects dentaires

Ils ont ensuite classé en 4 critères ABCD.

A et B = données probantes bonnes ou acceptables

C = recherche nécessaire

D = pas de données probantes

Ils distinguaient également les éléments liés au déclaratif du patient (questionnaire, comportement), des éléments issus de l'examen clinique et de ceux liés aux examens complémentaires. »

**Une participation des usagers très variable**

Pour ce qui concerne la consultation de prévention dédiée il faudrait tirer des différentes expériences et initiatives le constat d'une assez faible participation des usagers, lorsqu'ils ont été sollicités, soit par invitation soit par leur médecin. Dans l'une des expériences répertoriées, devant ce faible taux de réponse aux invitations, les promoteurs ont décidé de solliciter leur patientèle au cours d'une consultation classique (*expérimentation d'une consultation structurée par le logiciel PPP ; fiche n°16*).

Pour ce qui est du dispositif conventionnel les usagers sont sollicités au cours d'une consultation habituelle, circonstance qui est sans doute à même de mobiliser le patient quant aux différents aspects de prévention le concernant. Les actions déjà engagées dans ce cadre sont quantifiées comme par exemple le dépistage du cancer du sein. Cette mesure sera peut-être plus difficile à obtenir sur des thèmes tels que l'obésité ou les maladies cardio-vasculaires.

La question se pose donc de savoir s'il est plus efficace de confier les invitations au médecin à l'occasion d'une consultation classique ou de systématiser l'invitation par l'intermédiaire des organismes de protection sociale. Chaque assuré est en principe tenu de désigner un médecin traitant de sorte que rien ne s'opposerait a priori à ce que la démarche émane du médecin et ce d'autant que le médecin traitant est en contact annuellement avec 75% de la population. La forte adhésion des Français au médecin traitant et son rôle comme coordonnateur de premier recours doit donc faciliter les conditions pour le développement d'actions préventives plus personnalisées.

Toutefois il apparaît difficile de mettre en place ce mode de recrutement, pour des consultations dédiées à certains âges de la vie, qui nécessite une certaine logistique, sans compter le nombre de personnes qui ne consultent jamais ou qui n'ont pas désigné de médecin traitant. Par ailleurs, il sera nécessaire de prendre en compte la gestion de la file active des assurés et la supervision qu'elle implique.

Bien que les taux de participation aux consultations de prévention soient faibles (par exemple 28% pour le dispositif MSA actuel, généralisé depuis 2000), des usagers y participent et doivent pouvoir en tirer avantage. Pourtant, la véritable problématique est celle que posent les personnes les plus éloignées du système de soins et à laquelle tentent de répondre les centres d'exams de santé.

Quel que soit le dispositif choisi, une vraie démarche de santé publique doit être appliquée avec des objectifs clairs, une méthodologie et une évaluation qui sont à même de permettre d'appréhender le réel niveau d'implication des usagers (notamment les plus éloignés du système de soins) et l'impact des mesures de prévention sur le niveau de santé.

### **Des enjeux autour de la formation continue**

Selon le rapport de l'IGAS de 2003<sup>47</sup>, la formation des médecins à la prévention s'est dans l'ensemble améliorée :

*« Contrairement à une idée encore fort répandue l'enseignement de la santé publique occupe une place croissante dans les programmes, même s'il est souvent proposé sous forme optionnelle ».*

*« La formation clinique des médecins intègre finalement assez bien la prévention. Il est peu de manuels consacrés à une pathologie qui ne commencent par un chapitre consacré à la prévention. De même l'éducation thérapeutique, l'observance, la prévention tertiaire ne sont plus absentes de la formation initiale et continue des médecins. »*

En revanche *« la formation en santé publique, celle qui leur permet de situer leur patient et ses pathologies dans son environnement et l'échelle des risques, est encore relativement faible »*. De même *« cet enseignement demeure extrêmement centré sur une approche strictement médicale et peu ouverte aux sciences humaines »*.

Or *« à mesure que la prévention, s'attachant à supprimer ou à réduire les facteurs de risques d'ordre comportemental, se rapproche de l'éducation et de la promotion de la santé, elle s'éloigne de son domaine originel, purement médical, pour entrer sur un autre terrain, celui de l'éducatif et du social. Ainsi non seulement la médecine préventive a besoin, dans une partie croissante de ses domaines d'intervention, de l'appui d'autres disciplines, mais une large part des actions de prévention aujourd'hui prioritaires ne nécessite pas de compétence médicale spécifique.»*

Reste la formation continue qui doit être adaptée aux enjeux de la prévention. La convention médicale dans son chapitre I indique que les parties signataires s'engagent à renforcer leurs rôles dans ce domaine, notamment en développant la dimension « Santé Publique » dans l'offre de formation continue conventionnelle.

Il est difficile aujourd'hui de tirer un bilan exact de cet engagement et des conséquences qu'il a pu avoir en termes de pratiques préventives individuelles ou collectives. Cependant d'après le dernier rapport annuel (2007) de l'Organisme gestionnaire conventionnel (OGC) de la formation professionnelle conventionnelle des médecins, il y a eu un plus grand nombre de médecins formés (20 039 ; plus 29% par rapport à l'année précédente) et plus de formations organisées (2 174 ; plus 40% par rapport à l'année précédente). Plusieurs thèmes sont en progression significative dont certains peuvent avoir une composante préventive importante. Parmi eux : le suivi de l'enfant et de l'adolescent, le suivi de la femme / pathologies gynécologiques et obstétriques, le patient en perte d'autonomie / suivi de la personne âgée ou dépendante, le patient diabétique de type 2 / diabète – pathologies endocriniennes, le patient anxieux et/ou dépressif et/ou insomniaque – pathologies psychiatriques, prévention primaire et secondaire des cancers, soins palliatifs, les outils du médecin pour la coordination et la continuité des soins<sup>48</sup>.

---

<sup>47</sup> Santé, pour une politique de prévention durable, Rapport annuel 2003, IGAS.

[http://www.sante.gouv.fr/cdrom\\_lpsp/pdf/rapport\\_igas\\_2003\\_prevention.pdf](http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/rapport_igas_2003_prevention.pdf) (consulté le 23/07/08)

<sup>48</sup> Organisme gestionnaire conventionnel (OGC) de la formation professionnelle conventionnelle des médecins, Rapport d'activité 2007, 54p.

## **Aller vers une harmonisation des approches et des outils**

### **Verbatim : Marcel Goldberg**

*« Potentiellement, peuvent marcher des actions de prévention bien ciblées autour d'une population caractérisée, soit par des problèmes, soit par des facteurs de risques spécifiques ».*

*« Je crois que la consultation multiphasique, complète, systématique aura du mal à démontrer son utilité ».*

*« Il faut se poser les bonnes questions avant de donner les solutions. Le débat n'est pas comment il faut faire mais qu'est-ce qu'il faut faire ? ».*

La consultation dédiée à la prévention pose ipso facto la question de son contenu, de ses objectifs, de son coût et de son organisation. S'agit-il à minima de réaliser une action de promotion de la santé sur différents aspects selon le public concerné ? Au delà de la promotion de la santé, s'agit-il de s'inscrire dans une approche permettant d'objectiver des facteurs de risque et d'identifier des pathologies potentielles ? Afin de mieux cerner le patient faut-il réaliser ou non des examens, dans quelle proportion (les plus complets possible ou ciblés), à quel stade (avant ou après l'examen clinique et l'entretien avec le médecin) avec le risque de redondance en l'absence de dossier médical partagé ? Dans le cadre du dispositif conventionnel du médecin traitant ces questions sont pour partie résolues puisque le médecin intervient dans le cours de sa consultation classique et qu'il sait les examens déjà pratiqués et ceux qu'il serait utile de réaliser.

Au total, les enjeux, la multiplicité et la complexification des actions préventives requièrent une stratégie globale. Celle-ci devrait consister à guider le médecin traitant dans la démarche de prévention. Cet accompagnement peut prendre différentes formes déjà existantes.

### *1 – une information structurée sur la base de référentiels admis*

La multiplicité des thèmes de santé publique dans lesquels le médecin traitant est cité comme acteur essentiel pose problème. Il faut au médecin, qu'il agisse dans le cadre d'une consultation habituelle ou de prévention dédiée, une base d'information efficace. Il serait utile de concevoir un modèle d'information évolutif et méthodique basé sur les données scientifiques admises. Un travail important est donc à mener par des organismes comme la Haute Autorité de la Santé et l'INPES. Tous les promoteurs des dispositifs existants s'appuient sur des référentiels (ou sont en demande) pour construire ou définir le contenu des consultations.

### **Verbatim : Rémy Bataillon**

*« Plus que la production des référentiels et des recommandations, que les médecins connaissent, c'est leur intégration à la pratique quotidienne qui est un enjeu majeur. L'organisation du travail, notamment du système d'information (programmation de rappels, liens vers les recommandations, aide à la pratique, production d'indicateurs...) et les temps de concertation sont des moyens puissants pour favoriser cette intégration ».*

### **Verbatim : Bertrand Garros**

*"Certaines consultations de prévention sont plus médicalisées que d'autres. Par ailleurs, on voit bien que les consultations de prévention participent d'enjeux culturels très forts, aussi bien dans les représentations des professionnels que dans celles des patients ou des assurés. HAS et Inpes sont donc tout à fait légitimes à intervenir. Dans le cadre du partenariat entre ces deux institutions, la logique est celle d'une intervention commune et partagée, avec, selon les cas, l'un ou l'autre organisme comme chef de file".*

## 2 – l'implication de l'utilisateur

Certains dispositifs tels que celui de la MSA comportent un auto questionnaire qui permet, dans un cadre formalisé, au patient de se situer et au médecin de mieux aborder certaines questions notamment sur des aspects comportementaux déviants. Le patient à l'issue de sa consultation doit aussi pouvoir être impliqué à l'aide d'un plan personnalisé de prévention.

## 3 – une démarche guidée

De même que l'information est essentielle, il est préconisé par certains de permettre au médecin de s'inscrire dans une démarche guidée facilitant l'évaluation des facteurs de risques, d'élaborer un profil de risques et de définir un plan de prévention. Il s'agit également d'assurer un suivi du patient par une mémorisation des consultations antérieures et de réaliser des exploitations épidémiologiques. Sur ce dernier point la loi de santé publique du 9 août 2004 spécifie bien que les consultations médicales périodiques de prévention seront sources d'une remontée d'information sur l'état de santé de la population. Le système EsPeR et le logiciel PPP notamment, s'inscrivent dans cette démarche puisqu'ils permettent de réaliser des consultations spécifiques de prévention sur une base informatisée exploitable. Un dispositif informatisé compatible avec le logiciel métier (afin d'éviter une double saisie) et répondant à un cahier des charges national paraît indispensable pour tenir les objectifs ci-dessus rappelés. Dans les actions et expérimentations existantes, des questionnaires pré-établis d'aide au repérage des facteurs de risque et au dépistage d'une pathologie, existent. Il conviendrait d'uniformiser ces dispositifs et de les généraliser, ce qui n'est pas une moindre affaire. Selon l'étude PACA<sup>49</sup>, 13% seulement des médecins déclarent utiliser un questionnaire comme-support. Il faudrait, quel que soit l'outil utilisé qu'il soit le plus opérationnel possible.

### **Verbatim : Rémy Bataillon**

*« Nous souhaitons l'élaboration d'un cahier des charges national pour les éditeurs de logiciels qui intègre les fonctionnalités nécessaires pour structurer une démarche de prévention ».*

## **Une organisation d'amont et d'aval à construire ou à consolider**

### **Verbatim : Laurent Chambaud**

*« Si on met l'accent sur le rôle du médecin traitant comme premier recours (globalement accepté par la population générale), on obtient quelque chose qui ressemble à une première idée de parcours de soins. Mais cela pose de nombreuses questions : qu'est-ce que les médecins traitants sont prêts à absorber ? Dans un contexte démographique tendu, nous demandons déjà aux médecins traitants de participer à toutes sortes de réseaux, « comme un entonnoir » situé à la porte d'entrée du système de soins. Ceci, étant donnée la situation, amène à réfléchir sur la délégation de tâches ! ».*

### **Verbatim : Jean-Pierre Deschamps**

*« A l'heure actuelle, il n'y a pas de lien entre les médecins traitants et les autres acteurs du système de prise en charge. Etablir des ponts entre ces deux mondes distants s'inscrit complètement dans la promotion de la santé ».*

Il faut prendre en considération l'état de la démographie médicale particulièrement défavorable dans certaines régions. Cette situation impose qu'une consultation de prévention dédiée ne soit

---

<sup>49</sup> Aulagnier M, Videau Y, Combes J-B, Sebbah R, Paraponaris A, Verger P, Ventelou B : Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention : les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence-Alpes-Côte d'Azur, Prat Organ Soins 2007;38(4):259-268.

pas trop chronophage et que le médecin intervienne à bon escient. Il est en effet généralement admis qu'une consultation de prévention prend plus de temps qu'une consultation classique.

**Verbatim : Rémy Bataillon**

*« Il y a nécessité d'organiser les coopérations entre les professionnels à travers des temps de concertation. Ces coopérations peuvent apporter de réelles plus-values sans avoir recours à des dispositifs dérogatoires (transferts de compétence...), à condition toutefois que les différents professionnels aient les moyens d'entreprendre des actions de prévention dans leur activité quotidienne. Cette condition est particulièrement sensible pour les infirmières libérales car leur nomenclature ne prévoit pas vraiment d'actes de prévention (alors que leur décret de compétence inclut la prévention) ».*

*« Cette articulation doit s'inscrire dans la constitution d'un pôle de santé libéral pluridisciplinaire c'est-à-dire une organisation de l'offre de soins structurée, sur un territoire de proximité, à travers un projet de santé porté par les différents professionnels ».*

*« Pour pallier à l'absence de cotation des actes des psychologues, diététiciennes et éducateurs médico-sportifs, nous pourrions promouvoir des forfaits inclus dans un contrat d'objectifs et de moyens, structurant les pôles de santé libéraux pluridisciplinaires ».*

Pour répondre à cette problématique il est possible d'envisager, comme cela existe dans une des expérimentations de mettre en place une coopération avec l'infirmier (*expérimentation d'une consultation structurée par le logiciel PPP ; fiche n°16*). Cette coopération peut nécessiter soit une délégation de tâches soit la modification du décret de compétence des infirmières qui pourrait procéder à certains examens et à certaines prescriptions comme le font les sages-femmes. La délégation de tâches peut-être difficile à mettre en place en dehors d'une situation de salariat tant en termes de responsabilité que d'organisation. Quelle que soit l'option, il convient de créer des passerelles ne serait-ce que dans l'utilisation d'un outil informatique commun à l'infirmier et au médecin.

En amont de la consultation de prévention dédiée il faut se poser la question de l'organisation s'agissant de la sélection des patients, des priorités à donner dans l'accès à la consultation compte tenu de la nécessaire gestion d'une file d'attente à inclure dans l'activité des intervenants, de la coordination infirmiers-médecins, sans compter les examens complémentaires.

En aval se pose la question du suivi du patient, dans l'atteinte d'objectifs, voire la prise en charge d'une pathologie à venir. Là encore le médecin que ce soit dans le cadre d'une consultation dédiée ou non, doit pouvoir s'appuyer sur une offre organisée afin d'assurer le suivi de son patient notamment en termes d'éducation pour la santé et de modification des comportements. Les centres d'examen de santé, qui certes ne couvrent pas tout le territoire, pourraient servir de recours en la matière.

**Verbatim : André Flajolet**

*« J'insiste sur l'importance de communautés de santé : sous un même toit, plusieurs disciplines qui travaillent ensemble, qui partagent, pour faire à la fois du soin, de la prévention, de la réparation. Il faut partager un projet de santé à la fois public et individuel sur un territoire donné. Cela relève autant du rêve que de la nécessité ».*

En amont comme en aval, une des possibilités est la création d'un réseau chargé de coordonner les actions à mener autour du patients (notamment selon les indications du médecin, l'orientation vers différents acteurs : diététicienne, psychologue, éducateur sportifs, structures spécialisées,

associations, réseaux de santé ...). Sans mettre en place un dispositif lourd il apparaît nécessaire de créer les conditions optimales dans la supervision et le suivi de l'action de prévention, sachant qu'il est difficile d'amener certains patients à s'investir dans un processus de prévention. Il convient également de créer des liens utiles entre les médecines scolaires, universitaires et du travail et le médecin traitant ce qui ne semble pas être le cas alors que la démographie médicale dans ces différentes orientations pose problème.

**Verbatim : André Flajolet**

*« Notre médecine est trop refermée sur elle-même. Il faut savoir élargir le champ de compétences de certains acteurs, voire en créer de nouveaux ».*

**Verbatim : Gilles Leboube**

*« La prévention doit donc s'inscrire en routine dans le système ambulatoire de premiers recours avec un partage des rôles entre médecins et infirmières principalement. Elle fait partie intégralement de l'exercice quotidien du médecin traitant et la plupart du temps, il n'y a pas besoin de consultation dédiée ».*

**Au total**

L'analyse de la littérature et des dispositifs pérennes (qualifiés ici d'universels) ou en cours (sous la forme d'expérimentations) ainsi que l'audition d'un certain nombre d'experts, semblent aller globalement dans le même sens : *promouvoir, au sein d'une nouvelle organisation de la santé de premier recours, des activités cliniques préventives qui :*

- *s'inscrivent dans un continuum tout au long de la vie des consultants,*
- *reposent sur le médecin traitant mais dans le cadre d'une coopération entre différents professionnels,*
- *s'appuient sur des référentiels et des protocoles validés, régulièrement actualisés et surtout facilement appropriables pour être utilisés dans le cadre des consultations habituelles,*
- *soient coordonnées avec une offre de service d'aval de proximité (territoire) dans le domaine de la prévention et de l'éducation pour la santé qui permette notamment une prise en charge (individuelle ou collective) concernant l'alimentation, l'activité physique, les dimensions psychologiques...*

Dans cette perspective, les consultations de prévention dédiées pourraient avoir une place à quelques moments spécifiques de rupture au cours de la vie (adolescence, précarité sociale, retraite), sous réserve d'expérimentations et d'évaluations concluantes.

Par ailleurs, l'articulation avec les consultations à visée préventive de la femme enceinte, du jeune enfant, de la santé scolaire et universitaire ainsi que de la médecine du travail ou du sport devrait faire l'objet d'une ou de plusieurs saisines particulières. Elles sont à l'interface entre deux systèmes actuellement peu coordonnés : la médecine préventive salariée et l'offre de santé libérale ambulatoire. La loi de réforme de l'Assurance maladie de 2004 et le projet de loi Hôpital, patients, santé et territoires (2009) devraient créer un cadre prometteur pour le dispositif proposé dans ce rapport. La loi de santé publique à venir pourrait quant à elle donner l'opportunité de consolider ces orientations. L'implication forte de la HAS et de l'INPES est aussi une nécessité.

Enfin, comme on a pu le voir pour le dépistage du cancer du sein, une réelle organisation de la prévention doit permettre, d'une part, une meilleure équité de l'offre de santé et l'espoir d'une réduction des inégalités dans ce domaine, et d'autre part, une efficacité plus forte de notre système de santé dans un contexte économique difficile.



# Annexe 1

**FICHES**  
**sur les différents dispositifs**  
**en rapport avec**  
*les consultations de prévention*  
*et*  
*la médecine générale*

*Dans la majorité des cas, ces fiches ont été relues et corrigées par les promoteurs des dispositifs présentés. Certains propos et constats, contenus dans ces documents, relèvent parfois des seules institutions et personnes concernées.*

## **1 - Consultations dans les Centres d'examen de santé (CES)**

### Contexte

L'examen de santé périodique fait partie des « droits » de chaque assuré social dès l'instauration des principaux régimes de la sécurité sociale. Les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) doivent le proposer à leurs assurés et ayants droit (article 31 de l'ordonnance du 19 octobre 1945). Cet examen est gratuit s'il est réalisé dans un Centre géré ou agréé par la Caisse.

La Convention d'objectifs et de gestion (COG) 2006-2009, signée le 7 août 2006 entre l'Etat et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS), place la gestion du risque au centre du réseau de l'Assurance maladie. Les Centres d'examens de santé (CES) voient leur rôle évoluer, notamment en faveur des assurés les plus marginaux du système de santé en complémentarité avec le rôle de prévention confié au médecin traitant par voie conventionnelle (renforcement du ciblage, de l'information, de l'accompagnement...).

### Promoteur

Régime général de l'Assurance maladie.

### Population cible

Tous les assurés du Régime général mais de façon prioritaire les personnes en marge du système de soin ou ne bénéficiant pas d'un suivi médical régulier au titre de la législation : chômeurs, bénéficiaires du RMI, jeunes sans emploi, retraités, inactifs...

### But

Les CES ont pour mission principale de réaliser un examen périodique de santé pour le compte de l'assurance maladie. Cet examen est modulé selon l'âge, le sexe, les risques et le suivi médical habituel des assurés. Il permet également d'enrichir le dossier médical de l'assuré. Il aborde la personne de manière globale dans ses conditions de vie et de santé et favorise une orientation précoce de la prise en charge en cas de détection de problèmes de santé.

### Principe

En 2002, le conseil d'administration de la CNAMTS avait défini 3 programmes :

- « suivi des risques post-professionnels »
- « Précarité-Inégalités de santé »
- « Prévention des risques liés au vieillissement »

Au sein de la COG 2006-2009, l'action des CES s'organise autour de 3 axes :

- information des consultants et incitation à la prévention, notamment vis-à-vis de ceux en situation de précarité ou atteints de pathologies chroniques
- lutte contre la précarité et les inégalités dans l'accès aux soins

- offre de services aux médecins traitants pour l'éducation thérapeutique et l'éducation en santé pour leurs patients consultants.

Les examens périodiques sont recommandés tous les 5 ans.

### Effecteur

Les CES réalisent l'examen périodique dans leurs locaux (centres eux-mêmes, antennes ou sites relais) et s'appuient très fortement sur les partenaires locaux (tissu associatif et institutionnel...) pour offrir prioritairement leurs services aux populations les plus éloignées du système de soins. Il existe 112 CES (centres et antennes) répartis en France métropolitaine et en Guadeloupe.

### Rémunération

L'examen périodique est gratuit, sans avance de frais pour le patient.

Le médecin traitant auquel le consultant est adressé, le cas échéant, pour diagnostic ou prise en charge, est rémunéré par un forfait de 1,5C.

### Mise en place

Le premier Centre d'examens de santé (CES) a ouvert ses portes en 1947. Dans leur forme actuelle, les CES existent depuis 1992.

### Evaluation

Les CES réalisent près de 600 000 examens périodiques de santé. Ils constituent en outre un réservoir d'étude en santé publique. En effet, le réseau constitué par les CES dispose d'informations de santé, qui dans le respect des règles de la CNIL, peuvent permettre des études de santé publique. De nombreuses publications, à caractère scientifique, sont réalisées chaque année par les équipes du CETAF qui centralise les données des CES.

## **2 - Consultations de prévention organisées par la Mutualité Sociale Agricole (MSA)**

### Contexte

Les premiers examens de santé ont été mis en place en 1976. Ils ont associé dès de départ le médecin généraliste (MG), mais plus dans un but d'orientation vers un système de soins d'une population qui se soignait mal, que dans un réel objectif de prévention. En 1982, l'intervention est passée aux médecins de la MSA, afin de promouvoir l'éducation sanitaire. Les patients n'étaient adressés à leur généraliste qu'en cas de bilan franchement perturbé. Depuis 1995, ce rôle a été de nouveau confié au MG afin qu'il puisse assurer le suivi en termes de prévention.

### Promoteur

La responsabilité de l'organisation est décentralisée au niveau départemental et prise en charge par les caisses de la MSA.

### Population cible

Ensemble des assurés des Régimes agricoles d'Assurance maladie âgés entre 16 et 74 ans. Ce sont les salariés et les exploitants agricoles ainsi que leurs ayants droit, qu'ils soient actifs ou non.

### Buts

Pouvoir identifier les facteurs de risque d'un maximum d'assurés et les informer sur les moyens de prise en charge, renforcer le rôle du MG dans le champ de la prévention et adapter le contenu en fonction de l'âge.

### Principe

Il y a 4 phases :

- Une première de sensibilisation et d'invitation, où les élus vont définir au niveau cantonal l'action à mener et proposer une préinscription aux assurés,
- Une deuxième, dès lors que la réponse est positive, avec l'envoi d'un auto-questionnaire et d'une convocation à passer un bilan pré-médical. L'auto-questionnaire rempli par le patient lui permet un instant de réflexion sur sa santé et permet au MG un repérage d'anomalies médicales ou éducatives,
- Une troisième, avec la réalisation du bilan pré-médical qui comporte un bilan biologique standard, diverses mesures (tension artérielle, poids, taille, IMC, périmètre abdominal...), en fonction de l'âge et/ou de réponses à des questions discriminantes : EFR, audiogramme, tonométrie, mesure du CO expiré, dépendance tabagique, vision...  
Le bilan est réalisé par des laboratoires et prestataires avec des infirmières dédiées, sous la responsabilité du directeur du laboratoire.
- Une quatrième avec la consultation de prévention du médecin généraliste à l'appui du dossier médical qui oriente le médecin sur des risques ciblés, permet un codage des pathologies et facilite l'analyse des résultats par la MSA

Cet examen qui a lieu selon une périodicité de 10 ans concernait initialement 4 tranches d'âge (16-24 ; 35-44 ; 45-54 ; 55-65 ans). Depuis janvier 2008, il est généralisé avec deux nouvelles tranches d'âges (25-34 ; 65-74). La première tranche d'âge est sans bilan pré-médical.

Aux différents âges sont ciblés certains facteurs de risques. La consultation est orientée :

- Pour la classe 16-24, sur les comportements à risques, sexuels, le suicide, l'alcool, la conduite automobile.
- Pour les classes d'âges 25-34 et 35-44 sur le dépistage des facteurs de risques cardiovasculaires, la vie professionnelle et affective, la sexualité.
- Pour les classes d'âges 45-54 et 55-64 sur le dépistage des facteurs de risques cardiovasculaires, le dépistage des cancers, la vie professionnelle, affective et sexuelle, les troubles du sommeil.
- Pour la classe 65-74 sur la recherche des facteurs de risques de dépendance (trouble de l'audition, de la vision, de l'équilibre, du sommeil, de l'alimentation), de la vie familiale, affective et sexuelle, de la dépression, la mémoire...

La construction des tranches d'âges et facteurs de risque s'est appuyée sur les données connues à ce jour, de morbidité et mortalité d'une part, sur la prévalence de facteurs de risques cardiovasculaires et de dépendance à prendre en charge le plus tôt possible, d'autre part.

Depuis 2008 les caisses invitent 10% de chaque classe d'âge par an, que cette population ait ou non participé au bilan de santé durant les 10 années précédentes.

Tous les résultats sont adressés au MG, chargé de réaliser et de renvoyer un dossier synthétique et un bon d'honoraire.

Ces informations transmises sont ensuite analysées pour orienter la mise en place d'actions de terrain et une analyse épidémiologique des données.

### Effecteur

Un MG choisi par l'assuré.

### Rémunération

La consultation est gratuite, sans avance de frais pour l'assuré.

Le MG est payé par un forfait de 1,5C.

Le coût du bilan pré-médical est de 51,12€

Les dépenses sont financées par le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information pour la santé en agriculture (FNPEISA).

A partir de 2009 des consultations de « conseil nutritionnel » pourront être proposées par le médecin traitant, soit deux consultations à un mois d'intervalle payées chacune 30 euros et prises en charge sur le fond de prévention de la MSA.

### Mise en place

Les consultations ont été expérimentées en 1995 et mises en place en 1999.

## Date de généralisation

2000.

## Evaluation

Le taux de participation est variable d'un département à l'autre du fait notamment de la disponibilité et de la perception de l'Assurance Maladie par les médecins généralistes. Pour la France entière en 2007, 28% des invités ont effectués la démarche complète. La participation est en baisse et la MSA étudie actuellement les différentes possibilités qui pourraient permettre d'augmenter ce taux.

Les 16-24 étant peu réceptifs il est envisagé une formule plus attractive à l'intérieur de laquelle la consultation de prévention intègrera les diverses conduites à risque mais aussi l'évaluation de la vision et de l'audition.

Les MG souhaiteraient un meilleur ciblage des consultations et une gestion de l'information plus adaptée afin d'éviter une redondance des examens ainsi qu'un retour des informations concernant leurs patients.

### **3 - Consultations de prévention organisées par le Régime Social des Indépendants (RSI)**

#### Contexte

En application de l'article L 321.3 du Code de la Sécurité Sociale qui précise que : « La Caisse doit soumettre l'assuré et les membres de sa famille, à certaines périodes de sa vie, à un examen de santé gratuit », le RSI a inscrit dans ses priorités de développer des actions de prévention et de dépistage à caractère individuel.

#### Promoteur

Le RSI.

#### Population cible

Les assurés au RSI et leurs ayants droit.

L'action se déroule par tranches d'âge soit 15-25 ans, 26-40 ans, 41-55 ans, 56-70 ans.

La consultation a lieu une fois par tranche d'âge avec un délai de 5 années minimum entre deux bilans.

#### But

A chaque tranche d'âge correspond un objectif spécifique :

- avant 30 ans : sensibiliser à l'influence de l'hygiène de vie sur la santé et dépister les conduites addictives, les troubles nutritionnels, les problèmes de sommeil...
- après 40 ans : dépister les risques cardio-vasculaires...
- à la cinquantaine : dépister les risques de cancer...
- après 60 ans : prévenir la perte d'autonomie...

#### Principe

Les assurés sont invités à consulter le médecin de leur choix, munis d'un questionnaire de santé à compléter préalablement, afin d'identifier ses facteurs de risque en recueillant des informations sur sa profession, ses habitudes de vie, ses antécédents personnels et familiaux...

Le médecin, informé antérieurement des modalités de l'action, réalise la consultation et remplit le protocole d'examen. Si besoin, il prescrit les examens complémentaires prévus selon la tranche d'âge.

### Effecteur

Le bilan est réalisé auprès du médecin traitant.

### Rémunération

Elle est prévue sous forme d'un forfait MG 2C. Elle est prise en charge à 100%, sans avance de frais, de même que les éventuels examens sanguins.

En cas de prescription d'examens complémentaires, ces derniers sont remboursés au taux habituel fixé par le RSI.

### Mise en place

Cette action a été lancée progressivement depuis octobre 2007. Elle s'inscrit dans la continuité des examens de santé en secteur libéral.

### Date de généralisation

Elle se fait progressivement depuis octobre 2007.

## **4 - Médecin traitant et prévention**

### Contexte

Le développement de la politique de prévention fait partie des orientations stratégiques de l'Assurance Maladie. Elle vise à contribuer à améliorer l'état de santé de la population, à éviter ou à retarder l'apparition de pathologies et de leurs complications, à favoriser aussi les comportements individuels ou collectifs dans le sens d'une meilleure responsabilisation. En matière de gestion des risques, la prévention est le socle d'une politique cohérente de santé. C'est un élément majeur pour l'Assurance Maladie de la régulation du système, mais aussi de la maîtrise des coûts. En ce sens, l'Assurance Maladie en fait une de ses priorités.

### Promoteur

L'Assurance maladie avec les médecins dans le cadre conventionnel (avenants n°12 et 23).

### Population cible

L'ensemble de la population française.

### But

Au sens de la loi de réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004 et de la Convention médicale négociée avec les syndicats, le parcours de soins coordonné par le médecin traitant comprend des actions de prévention.

### Principe

L'un des objectifs des avenants n°12 et 23 est de consolider le premier niveau de mise en œuvre de la démarche de prévention par le médecin traitant, en cohérence avec les objectifs de santé publique et sur plusieurs thèmes prioritaires :

- le dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans
- la iatrogénie médicamenteuse parmi les personnes de 65 ans et plus
- la vaccination anti-grippale chez les personnes de 65 ans et plus, ainsi que les personnes atteintes de certaines pathologies prises en charge au titre des affections de longue durée.

A cela s'ajoutent depuis 2008 les facteurs de risques pendant la grossesse:

Sont également prévus deux autres thèmes pour 2009 :

- la prévention des risques cardio-vasculaires
- la prévention de l'obésité chez les adolescents et jeunes adultes.

## Effecteur

L'ensemble des médecins traitants conventionnés exerçant sur le territoire français.

## Rémunération

Elle est incluse dans le prix de la consultation habituellement remboursée.

## Evaluation

Sur les iatrogénies médicamenteuses, l'objectif est de diminuer de 10 % le nombre de personnes ayant une prescription de benzodiazépine à demi vie longue et de diminuer de 10 % le nombre de personnes ayant des prescriptions de vasodilatateurs.

Pour le dépistage du cancer du sein, l'objectif cible est que, dans trois ans, 80 % des femmes de la tranche d'âge aient eu une mammographie de dépistage.

Pour la vaccination anti-grippale chez les personnes âgées, l'objectif est que 75 % des personnes bénéficient de cette vaccination.

Les médecins ont régulièrement des informations individualisées sur leur situation au regard de la moyenne de leurs confrères sur l'ensemble de ces objectifs. Ces résultats sont présentés par les délégués de l'Assurance maladie (DAM) lors de leur visite au sein du cabinet. A cette occasion, des supports d'information destinés à la patientèle sont remis au praticien, ainsi que des mémos.

Sur la iatrogénie médicamenteuse, entre le 1<sup>er</sup> semestre 2006 et le 1<sup>er</sup> semestre 2008, le nombre de personnes âgées traitées a diminué de 20 000. Ceci représente une baisse de 7,8 % si on tient compte de l'augmentation de la population entre ces deux dates.

Pour le dépistage du cancer du sein, la progression a été faible (Juillet 2006-Juin 2007 / Juillet 2007-Juin 2008 : plus 0,3 %), mais le pourcentage de femmes pratiquant cet acte dans un cadre organisé a progressé : plus 2,4%).

Enfin, pour la vaccination contre la grippe, l'augmentation a été de 4% entre la campagne 2005-06 et celle de 2007-08.

## 5 - Dispositif de suivi de la grossesse

### Contexte

La maternité est une période de la vie où les femmes ont besoins d'informations et d'accompagnement dans les domaines de la santé et de la prévention.

La grossesse est donc une priorité de la santé publique. À ce titre, elle fait l'objet de diverses mesures :

- recommandation de la Haute Autorité de la Santé (2005-2007) en matière d'information de suivi et d'orientation de la femme enceinte.
- plan périnatalité (2005-2007) prévoyant un nouveau carnet de maternité, le développement des réseaux de périnatalité, le soutien renforcé aux femmes en situation de précarité.
- plan de prise en charge et de prévention des addictions (2007-2011) ayant pour objet de développer des actions de prévention de la consommation de substances psycho actives telles que l'alcool et le tabac pendant la grossesse.
- actions de l'INPES (guide, affiche...).
- implication conventionnelle plus spécifique du médecin traitant (convention du 12/01/2005).

### Promoteur

L'Etat avec le concours des collectivités territoriales (services départementaux de PMI).

### Population cible

Femme enceinte.

### But

Pour assurer la santé de l'enfant et de la mère, un suivi de la grossesse est nécessaire à travers des consultations régulières et des explorations complémentaires (prélèvements sanguins, tests urinaires, échographie...).

### Principe

Sept consultations prénatales sont prises en charge à 100% pendant la grossesse ainsi qu'un entretien individuel ou en couple au cours du 1<sup>er</sup> trimestre (réalisé par un médecin ou une sage-femme). De même, certains examens biologiques sont obligatoires ainsi que sont prévues trois échographies, une consultation d'anesthésie, sept séances de préparation à l'accouchement. Enfin, une consultation post-natale est obligatoire.

La première consultation est réalisée au début de la grossesse avant la fin du 1<sup>er</sup> trimestre. Elle peut être effectuée par le médecin généraliste ou par le gynécologue. Le médecin procède à un interrogatoire médical complet (antécédents, état de santé, ...) qui lui permet d'évaluer les risques éventuels et d'adapter la surveillance. Un examen médical, gynécologique et obstétrical est également réalisé. Des examens complémentaires sont prescrits (recherche du groupe sanguin et agglutinines irrégulières ; numération formule sanguine et plaquettes ; sérologies rubéole, toxoplasmose, HIV, syphilis, éventuellement hépatite C ; examens d'urine comportant albuminurie et glycosurie, ...).

Les six examens suivants se déroulent jusqu'à l'accouchement afin de vérifier l'état de santé général (tension artérielle, poids...), s'assurer du développement de la grossesse et prescrire les examens complémentaires nécessaires.

Au 4<sup>ème</sup> mois, il est possible d'effectuer un dépistage sanguin de la trisomie 21 pouvant donner lieu à une amniocentèse.

Toutes les consultations comportent un interrogatoire ainsi qu'un examen clinique.

La consultation postnatale permet de faire le point sur l'état de santé de la femme. Elle comporte également un interrogatoire et un examen médical et donne lieu à la prescription de séances périnéales.

### Effecteur

Sage-femme ou médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue obstétricien).

La protection maternelle infantile.

### Rémunération

Prise en charge à 100% dans la limite des tarifs remboursables de l'Assurance maladie pour les consultations et la troisième échographie (les deux premières échographies sont prises en charge à 70%).

## **6 - Examens de santé de l'enfant avant 6 ans**

### Contexte

L'Organisation mondiale de la santé, dans la déclaration d'Alma Ata, fait la promotion des soins de santé primaires et prône un renforcement de l'accès aux soins préventifs, notamment dans la petite enfance.

Depuis 1977, le Ministère a mis en place 20 consultations médicales obligatoires gratuites de prévention entre la naissance et 6 ans, dont le contenu a été réactualisé en 2006 lors de la rénovation du carnet de santé, en se basant, en particulier, sur les travaux de la HAS<sup>50</sup>.

### Promoteur

L'Etat avec le concours des collectivités territoriales (services départementaux de PMI).

### Population cible

Les enfants de la naissance à 6 ans.

### But

Les objectifs sont multiples :

- le soutien aux parents
- la mise à jour des vaccinations
- le dépistage des retards de développement staturo-pondéral ou psychomoteur, des troubles sensoriels, de la communication, de l'apprentissage...
- la prévention et l'éducation à la santé.

### Principe

Ces examens se déroulent sous forme d'une consultation médicale adaptée à l'âge de l'enfant, au cours de laquelle le médecin réalise un examen complet, évalue son développement staturo-pondéral et psychomoteur, et dépiste, le cas échéant, les troubles. Sur ces vingt examens obligatoires, trois donnent lieu à un certificat de santé, comportant des informations épidémiologiques adressées au service départemental de PMI et, dans un second temps, exploitées par le Ministère. Jusqu'à récemment, le fait de ne pas avoir passé un de ces trois examens pouvait, dans les textes, exposer à une sanction sous forme de baisse des allocations familiales.

---

<sup>50</sup> Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecins scolaires. HAS Septembre 2005.

## Effecteur

Ces examens peuvent être réalisés dans le cadre de la médecine de ville, d'une consultation dépendant du service départemental de PMI ou de la médecine hospitalière, et, essentiellement en ce qui concerne le premier examen, pratiqué dans la grande majorité des cas à la maternité. Actuellement, 80% des examens de santé de l'enfant sont pratiqués par un médecin de ville, le plus souvent généraliste, et 20% par un médecin de PMI. Les enfants les plus jeunes - avant deux ans - sont plus fréquemment suivis en PMI que les plus grands.

## Rémunération

Les consultations sont prises en charge à 100% au titre de l'assurance maternité. Il n'y a pas d'avance de frais lorsque l'examen est pratiqué en PMI ou à l'hôpital.

La convention des médecins généralistes prévoit pour ces consultations une majoration concernant les enfants de 0 à 2 ans (MNO) et une majoration pour les enfants de 2 à 6 ans (MGE), pour les consultations approfondies conformes aux critères définis dans la convention, La convention des pédiatres prévoit un forfait pédiatrique (FPE), une majoration nourrisson pédiatre (MNP), pour les consultations chez l'enfant de 0 à 24 mois conformes aux critères définis dans la convention. La consultation pour l'examen médical obligatoire dans les huit jours suivant la naissance fait l'objet d'une majoration spécifique (MBB). Ces majorations sont, le cas échéant, cumulables.

## Evaluation

Plusieurs pistes restent à développer pour améliorer les parcours de soins :

- renforcer les liaisons entre les différents acteurs suivant le même enfant :
  - . pédiatres de maternité et service de néonatalogie avec d'une part le service de PMI, et d'autre part le médecin de ville qui suit l'enfant particulièrement lorsqu'un suivi spécifique est nécessaire (prématurité, transfert, infection périnatale, dépistage d'une anomalie...). Lorsqu'il existe, le réseau de périnatalité est l'effecteur de ce lien.
  - . médecin de PMI, médecin scolaire et médecin de ville, dans tous les cas mais tout particulièrement dans le domaine du dépistage, du suivi des troubles sensoriels et des apprentissages, et celui de l'intégration scolaire des enfants atteints d'affections chroniques ou handicapés.
- définir des parcours de soins intégrant selon le cas médecins de PMI et scolaires, médecins de ville, généralistes ou pédiatres, spécialistes de ville et hospitaliers, professionnels de la rééducation (orthophonistes, psychomotricien...)

Cela implique d'identifier les professionnels et structures impliqués (CAMSP, CMPP), de définir les rôles de chacun, d'assurer la communication, le médecin « traitant » de l'enfant (médecin de PMI ou médecin de ville) étant au centre du dispositif.

Ces parcours sont indispensables pour les enfants ayant des troubles sensoriels, de troubles de l'apprentissage et de toute affection de long cours ou nécessitant un diagnostic complexe.

## **7 - Consultation de prévention pour les enfants de 12 et 13 ans**

### Contexte

La conférence de la famille 2004 a été consacrée à l'adolescence. Elle a rappelé qu'à cette période de la vie, les éléments du développement physique, psychique et social sont particulièrement intriqués, et l'une des mesures retenues a été l'instauration d'un examen de prévention avec entretien personnalisé en début d'adolescence. Il s'agit pour les enfants de 12-13 ans d'une consultation de prévention telle qu'elle a été définie dans la loi de santé publique du 9 août 2004 et développée par Joël Ménard dans un rapport remis au ministre de la santé en janvier 2005.

La Loi sur la Protection de l'Enfance du 5 mars 2007 a instauré de nouveaux examens de santé systématiques obligatoires pendant l'enfance et l'adolescence (article L 541-1 du Code de l'Éducation, article L 2325-1 du Code de la santé publique) :

- « au cours de leurs sixième, neuvième, douzième et quinzième années, tous les enfants sont obligatoirement soumis à une visite médicale au cours de laquelle un bilan de leur état de santé physique et psychologique est réalisé. Ces visites ne donnent pas lieu à contribution pécuniaire de la part des familles ».
- « Les parents ou tuteurs sont tenus, sur convocation administrative, de présenter les enfants à ces visites, sauf s'ils sont en mesure de fournir un certificat médical attestant que le bilan mentionné au premier alinéa a été assuré par un professionnel de santé de leur choix ».
- « Le ministère de la santé détermine, par voie réglementaire, pour chacune des visites obligatoires, le contenu de l'examen médical de prévention et de dépistage ».
- « Les visites obligatoires des neuvième, douzième et quinzième années sont assurées au moins pour la moitié de la classe d'âge concernée dans un délai de trois ans et pour toute la classe d'âge dans un délai de six ans à compter de la publication de la loi ».

### Promoteur

L'Etat (la Direction générale de la santé).

### Population cible

Les filles âgées de 12 ans et les garçons âgés de 13 ans.

### But

Mise en œuvre au début de l'adolescence, cette consultation est destinée à offrir aux adolescents un lieu d'échange singulier avec le médecin sur la prévention et la connaissance des problèmes de santé et à dépister les troubles sanitaires et sociaux susceptibles d'accompagner le développement de l'adolescent (souffrance psychique, conduites alimentaires perturbées, comportements à risque...).

Au cours de la consultation, le médecin devra aborder des thèmes divers comme les vaccinations, les addictions, l'alimentation, l'activité physique, l'anxiété, la dépression, afin d'ouvrir un dialogue avec l'adolescent sur les problèmes de santé.

### Principe

A la rentrée scolaire, L'éducation Nationale délivre une lettre d'information aux familles des enfants de la classe d'âge concernée. Elle est complétée par une lettre des caisses primaires aux familles les invitant à participer à un entretien de santé, accompagnée d'un bon de prise en charge à remettre au médecin à la fin de la consultation. L'entretien est pris en charge à 100%, sans avance de frais.

La consultation doit comporter un examen clinique et un dialogue avec la famille et l'enfant sur son mode de vie, ses interrogations... Elle doit permettre à l'adolescent d'exprimer ses éventuelles préoccupations, si nécessaire au cours d'un tête-à-tête avec le médecin.

Elle est prévue pour durer entre 30 et 45 minutes.

### Effecteur

Les familles pourront consulter le médecin conventionné, généraliste ou pédiatre, de leur choix, la règle du médecin traitant ne s'appliquant pas à cet âge là.

### Rémunération

Elle est prévue sous forme d'un forfait MG 2,5C.

### Mise en place

L'expérimentation a été organisée sur 3 départements (l'Aisne, la Gironde et les Yvelines), pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2006 au 31 juillet 2007. Elle concernait les filles dont le douzième anniversaire et les garçons dont le treizième anniversaire se situait entre le 1<sup>er</sup> septembre 2006 et le 31 août 2007, résidant dans les départements expérimentaux. Les parents des adolescents concernés ont été informés par l'Education Nationale à la rentrée de septembre 2006 et ont, dans le même temps, été invités par les CPAM à faire bénéficier leur enfant de cet entretien. Les Unions régionales des médecins libéraux des trois départements ont été impliquées. L'Ordre National des médecins a été informé.

Les médecins ont reçu, courant septembre 2006, un courrier adressé par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS), comportant une lettre d'information, une fiche explicative, une affichette, et des questionnaires (ou fiches de synthèse). A chaque consultation de prévention le médecin devait remplir un questionnaire et le renvoyer vers une plate forme de gestion. Après vérification du bon remplissage du questionnaire, celui-ci était adressé à l'Institut National de Veille Sanitaire pour l'analyser et tenter de définir l'état de santé global des adolescents concernés, ainsi que les thèmes partagés avec le médecin lors de cet entretien.

## Date de généralisation

Elle n'est pas encore définie.

## Evaluation

Un rapport quantitatif a été réalisé par l'InVS.

Le taux de participation globale des adolescents est de 8,7 %, le plus élevé étant celui de l'Aisne (département le plus rural), le plus bas celui des Yvelines (département le plus urbanisé). Ce taux atteint presque celui des examens bucco-dentaires qui, eux, sont mis en place depuis plusieurs années (10 %). Plus d'un tiers des médecins a participé (un généraliste sur trois et deux pédiatres sur trois, représentant 35 % des médecins).

Dans 12,5 % des cas un problème de santé a été découvert à l'occasion de la consultation. Il s'agissait dans la majorité des cas de symptômes physiques assez hétérogènes. Le médecin a consigné une souffrance psychique durable chez 5,4 % des enfants vus, découverte à l'occasion de cette consultation dans 1,4 % des entretiens. Pour 28 % des enfants la consultation a motivé une intervention complémentaire.

## **8 - Consultation de prévention pour les personnes âgées de plus de 70 ans**

### Contexte

Il s'agit d'une consultation de prévention définie dans la loi de santé publique du 9 août 2004. C'est un des engagements du plan de solidarité Grand Age de juin 2006 et elle est prévue par le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2007.

### Promoteur

L'Etat (la Direction générale de la santé).

### Population cible

Les personnes âgées entre 69 et 71 ans.

### But

Elle est destinée à prévenir les facteurs conduisant à la dépendance : troubles de l'équilibre et de la mémoire, ostéoporose, dénutrition, incontinence, symptômes dépressifs, isolement... Cette consultation devait faciliter également le dépistage précoce des handicaps existants tels que les troubles de la vision ou de l'audition et le maintien de l'activité, qui sont des atouts clés pour rester autonome.

### Principe

Les assurés concernés reçoivent une lettre d'information à leur domicile leur indiquant qu'ils peuvent bénéficier de cette consultation prise en charge à 100% par l'Assurance maladie, sans avance de frais. Ils doivent alors se procurer et remplir un questionnaire visant à cerner leur état de santé, leur rythme de vie, leur environnement social... à l'aide de questions simples. Ils doivent ensuite prendre rendez-vous auprès de leur médecin traitant, le questionnaire servant à préparer la consultation.

La consultation dure environ 45 minutes.

### Effecteur

Le médecin traitant.

## Rémunération

Non définie car le forfait MG 2,5C n'a été retenu que pour l'étude de faisabilité.

## Mise en place

Le lancement de l'expérimentation a eu lieu le 30 janvier 2007, par Philippe Bas, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la famille. Une première phase, d'une durée de 1 mois et demi, était destinée à la validation des outils (l'auto-questionnaire et le dossier de consultation) en situation réelle. Ces outils ont été élaborés dans le cadre d'une mission d'expertise confiée par le ministre chargé de la santé aux professeurs Piette et Jeandel.

Une deuxième phase, d'une durée de 4 mois, réalisée dans trois départements volontaires (le Finistère, le Val-de-Marne et le Bas-Rhin), était destinée à analyser la mise en œuvre au niveau local, avant de l'étendre à l'ensemble du territoire. Au total, 43 000 personnes devaient être concernées.

## Date de généralisation

Elle était prévue dans le courant du second semestre 2007 mais n'a pas été réalisée compte tenu du bilan issu de l'expérimentation : les médecins participants ont jugé trop longue la durée de la consultation et trop complexes les modalités de réalisation. Une formation complémentaire est apparue nécessaire pour que cette consultation atteigne les objectifs de prévention des pathologies liées au vieillissement.

Cette consultation est désormais intégrée dans la « consultation de longévité » inscrite dans le plan national « bien vieillir 2007-2009 » qui couvrira la fin d'activité pour les personnes salariées et pour ceux déjà partis à la retraite ou sans emploi, jusqu'à l'âge de 70 ans.

## **9 - Consultation de prévention Prévadiès-Mgen-Ugim-Lmde**

### Contexte

Plusieurs éléments ont concouru à l'élaboration de ce programme expérimental pour un nouveau parcours de prévention. Les usagers se montrent inquiets pour l'avenir de l'Assurance maladie. Les médecins se disent prêts à faire davantage de prévention si leur rémunération est adaptée en conséquence. Du côté de l'Assurance maladie, on assiste à un transfert de charges de plus en plus important vers les organismes complémentaires ou les usagers eux-mêmes et à l'élaboration d'un véritable parcours de soin (maîtrise médicalisée, dossier patient partagé, médecin traitant...).

De leur côté, les mutuelles ne veulent plus être considérées comme de simples payeurs aveugles complémentaires de l'Assurance maladie, et tendent à s'investir davantage dans des actions de prévention, afin de proposer à leurs adhérents grâce à un travail collaboratif entre tous les acteurs de santé, la garantie d'un accès à des soins de qualité et une prise en charge efficiente.

L'élaboration de ce programme émane d'une demande des médecins eux-mêmes. Il se fait sous forme d'expérimentation et s'inspire de la démarche éducative définie par l'Organisation mondiale de la santé.

Concrètement, cela s'est traduit par la mise en place d'une expérimentation limitée aux thèmes de santé publique de la prévention des facteurs de risque cardiovasculaire et les bonnes pratiques médicales.

### Promoteurs

Ce sont quatre mutuelles : Prévadiès, MGEN (Mutuelle Générale de l'Education Nationale), LMDE (mutuelle des étudiants) et l'UGIM (Union Groupe Initiative Mutuelle qui regroupe neuf mutuelles de la Fonction Publique).

Ce programme a été labellisé « L'engagement mutuel SANTE », en référence aux engagements réciproques pris entre les différents acteurs.

### Population cible

Cela doit concerner 6 000 patients âgés de 40 à 70 ans et de 18 à 28 ans, au sein de quatre départements lorrains.

### But

La réalisation d'une synthèse médicale de prévention, afin d'identifier les risques cardiovasculaires définis à partir de l'étude internationale INTERHEART, qui a montré qu'il existait plus de 200 facteurs de risque cardiovasculaires, et que neuf d'entre eux étaient responsables de 90 % des infarctus du myocarde et de 50 % de l'ensemble des maladies cardiovasculaires.

## Principe

Le médecin généraliste traitant propose à des patients adhérents des mutuelles concernées et présentant des facteurs de risque cardiovasculaire de participer à cette démarche de prévention. Si le patient accepte, il est revu par son médecin pour réaliser un bilan de sa « santé cardiovasculaire » et de ses facteurs de risque. Au cours de cette synthèse, le médecin sensibilise le patient sur les conséquences possibles de certaines habitudes de vie (sédentarité, tabac, nutrition...). Il détermine avec lui ses besoins et les objectifs à atteindre en matière de réduction des facteurs de risque cardiovasculaire. Il lui propose un suivi et un éventuel accompagnement thérapeutique. Au bout d'un an, une nouvelle consultation de synthèse permettra de vérifier si les objectifs ont été atteints et si les facteurs de risque ont diminué.

Les données des consultations de synthèse sont anonymisées par le médecin et saisies directement par lui-même sur le serveur sécurisé hébergé par l'organisme chargé du recueil et du stockage des données. Elles permettent d'évaluer le risque cardiovasculaire du patient à partir de l'échelle de Laurier.

Une fois anonymisées, toutes les données médicales sont transmises par les médecins à un évaluateur externe pour permettre une évaluation globale destinée à mesurer l'efficacité du programme sur la diminution du risque cardiovasculaire.

Tout au long de cette démarche, les médecins sont accompagnés par l'ASOQS (Association pour l'optimisation de la qualité des soins médicaux) dans le cadre de groupes d'échanges de pratiques en diffusant et en appliquant les référentiels de pratiques nécessaires à cette démarche.

## Effecteur

Le médecin traitant.

## Rémunération

Elle est de 40 euros pour les médecins traitants pour la synthèse effectuée.

Chaque mutuelle paye pour ses propres adhérents, et il y a un coût partagé entre les mutuelles pour les frais fixes de fonctionnement : les formations, la création du logiciel commun, l'hébergement des données, les évaluations (santé publique et étude post-test de l'expérimentation).

## Mise en place

Une expérimentation limitée à quatre départements lorrains avec 50 médecins traitants, qui a débuté en avril 2007 et se déroulera sur 2 ans (2007 et 2008).

## Date de généralisation

Elle n'est pas encore définie.

## Evaluation

En ce qui concerne Prévadiès sur 1 283 prises en charge délivrées, 818 consultations ont eu lieu, soit 63,7 % d'inclusion dans le dispositif. Pour la MGEN sur 503 prises en charge, 222 consultations ont eu lieu soit 44 % d'inclusion. Le taux d'inclusion est de 58,2 %.

Différents indicateurs permettent d'effectuer une évaluation au cours et au terme de l'expérimentation :

- La mesure de l'impact économique et notamment l'évolution du coût par personne protégée sur les différents postes
- La mesure de la satisfaction des patients bénéficiaires au moyen d'interviews par un organisme spécialisé (trois cibles ont été interrogées : une cible médecin / une cible patient-adhérent / une cible interne)
- Le nombre de programmes de prévention engagés
- Le nombre de médecins engagés, mesuré à la fin de l'expérimentation
- Le bénéfice santé des adhérents avec une évaluation de santé publique

Un post-test a été réalisé sur l'expérimentation au cours du second semestre 2008. Sur un plan quantitatif, des adhérents ont été questionnés, 213 au total dont la moitié n'avait pas donné suite à la proposition de consultation de prévention. Le taux de réponse de ceux ayant eu une consultation est de 39 %. En ce qui concerne l'aspect qualitatif 10 médecins ont notamment été sollicités pour des entretiens non directifs en face à face.

Pour les personnes qui ont répondu favorablement à la consultation de prévention, 86,27 % sont "tout à fait" à "assez satisfait". Pour 61,75 %, la consultation les a aidé à progresser. Par ailleurs, une demande d'information se fait ressentir pour les adhérents n'ayant pas eu de proposition de consultation.

Pour les médecins traitants, le programme "l'engagement mutuel SANTE" permet d'officialiser la démarche en créant un temps dédié et des outils pour formaliser. Le questionnaire permet d'aider à poser des questions que les médecins n'osaient pas poser, notamment concernant les comportements déviants, ou qu'ils n'auraient pas pensé poser.

Le rôle de la rémunération n'est pas mentionné comme un levier jouant sur la volonté d'inclusion ; cependant, c'est une façon de reconnaître le rôle préventif du médecin. Au-delà de la rémunération de la consultation, les médecins formulent des remarques concernant la rémunération à l'acte, "en fonction du temps passé", "éviter de se faire payer 22€ pour un simple renouvellement".

Certains médecins ne sont pas très à l'aise avec cette démarche, la qualifiant parfois de commerciale car avec un inversement des rituels habituels, c'est le médecin qui sollicite la consultation. L'externalisation de la prise de rendez-vous effectuée par Prévadiès pour le compte du médecin traitant a reçu un accueil très favorable des adhérents et a été perçue par les médecins comme la solution idéale. Dans le cadre de cette expérimentation qui concernait des médecins n'ayant pas inclus de patient, 50 % des personnes contactées pour convenir d'un rendez-vous ont donné une suite favorable.

En conclusion, l'étude montre qu'il n'y a pas de frein financier pour les médecins, il s'agit davantage de changement culturel, les médecins passant à un métier où le préventif est au cœur de leur pratique.

## **10 - Programme de prévention du risque cardiovasculaire « Prévarance »**

### Contexte

Un groupe de médecins généralistes a participé à une expérimentation sur la consultation médicale de prévention des risques cardiovasculaires et s'est rendu compte que l'intérêt n'était pas tant la spécificité de la consultation mais le fait de pouvoir s'appuyer sur une équipe de professionnels de santé afin d'organiser la prise en charge des patients sur le volet de la prévention. Un programme de dépistage et de prévention des risques cardiovasculaires a été élaboré, visant à mettre en place un dispositif de soins de premier recours et à renforcer les coopérations interprofessionnelles.

### Promoteur

C'est un partenariat entre l'Union régionale des médecins libéraux (URML), l'Union régionale des caisses d'assurance maladie, l'Association Cap Réseaux et un réseau de prévention vasculaire Prévarance.

### Population cible

Les personnes habitant ou résidant dans le canton de Dinan, âgés de 50 à 54 ans pour les hommes et de 60 à 64 ans pour les femmes.

### But

Améliorer la prise en charge des patients à haut risque cardiovasculaire et promouvoir de nouvelles formes de coopération entre les professionnels de santé libéraux, à travers une approche territoriale et populationnelle.

### Principe

Le programme s'est déroulé sur Dinan, avec l'ensemble des pharmacies, des cabinets infirmiers et presque tous les médecins généralistes (21 sur 24). La démarche s'est articulée en quatre temps : analyser le risque cardiovasculaire de la population cible ; parmi les patients à haut risque cardiovasculaire ont été définis ceux nécessitant un renforcement du projet thérapeutique adapté à leur besoin ; un contrat thérapeutique était alors signé entre le médecin et le patient et une série d'actions mises en place (éducation thérapeutique, consultation anti-tabac...).

Le rôle du médecin est d'analyser le risque cardiovasculaire de sa patientèle (si possible, l'ensemble de la clientèle ciblée devait être incluse en 1 an) et une consultation spécifique était prévue pour les patients à haut risque. Un projet thérapeutique était élaboré avec le patient et une démarche d'éducation thérapeutique en relation avec des infirmières libérales, des diététiciennes... a été mise en place.

Les pharmaciens étaient également sollicités pour repérer la population à risque. Dans ce cas, ils avaient le droit de prescrire un bilan biologique si besoin et devaient adresser leurs patients auprès du médecin généraliste de leur choix.

### Effecteur

Ce sont les médecins généralistes volontaires, soit 21 sur 24, toutes les pharmacies et tous les cabinets infirmiers de Dinan.

### Rémunération

Concernant le médecin généraliste, une 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 clientèle dans le programme.

### Date de début

La mise en place s'est faite en décembre 2006.

### Evaluation

La réflexion actuelle s'orienterait vers la création d'un pôle de santé multidisciplinaire sur un canton donné.

Sur 945 patients identifiés par l'Assurance maladie comme faisant partie de la population cible, 710, soit 75%, ont été inclus.

Parmi ces derniers 25% présentaient un haut risque cardio-vasculaire.

92 patients ont signé un contrat thérapeutique.

## **11 – Expérimentation des attachés d'information de santé publique (AISP)**

### Contexte

L'évolution rapide de l'environnement dans lequel les médecins agissent peut porter préjudice à leur investissement dans les dispositifs de santé publique, voire à leur utilisation de ressources permettant a priori une meilleure prise en charge de leur patients dans la mesure où ils ne sont pas toujours bien informés de ce qui se met en place, alors même qu'une place importante leur est dévolue dans un nombre important de thématiques de ce genre. De fait, il y aurait actuellement une sous-utilisation des outils par méconnaissance de leur existence. Il existe une demande croissante de la part des associations et des réseaux pour établir des liens avec les médecins libéraux généralistes et spécialistes et leur présenter les services qu'ils peuvent leur rendre afin d'améliorer leur exercice et la qualité de service offert aux patients. Dans une région comme le Nord-Pas-de-Calais, où l'amélioration de l'état sanitaire de la population appelle la mobilisation de tous, il est apparu nécessaire de renforcer davantage la participation des médecins libéraux dans ces dispositifs.

Devant le risque de multiplication d'intervenants "non lucratifs" dans cette approche de communication orale, qui pourrait engendrer une confusion et diminuer son efficacité, l'URMEL se positionne comme une structure mettant à disposition des attachés d'information porteurs d'un message de santé publique dénué de toute récupération commerciale. Le financement seul de l'URMEL pour ce type de prestation permet de ne pas brouiller les pistes et de limiter ce type d'offre autour d'un seul dispositif, en direction des médecins libéraux et mis en place par ces derniers.

### Promoteur

L'URMEL Nord-Pas-de-Calais.

### Population cible

Tout professionnel de santé médical ou paramédical, libéral ou hospitalier dont la participation est nécessaire pour le bon fonctionnement du dispositif ou de la ressource de santé publique : médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes, sages-femmes...

### Buts

Apporter une information pratique aux professionnels de santé et développer leurs connaissances en s'appuyant sur les ressources locales. La même information est ainsi diffusée, au même moment, à tous les professionnels de santé concernés et un retour direct des utilisateurs de la ressource mise en place est possible.

Les objectifs opérationnels sont les suivants :

- attirer l'attention des professionnels de santé sur les dispositifs et ressources outils de prise en charge et de santé publique existant ;
- susciter un intérêt pour une participation efficace dans le cadre de leurs pratiques en lien avec les ressources présentées ;
- optimiser l'utilisation de ressources locales, voire une adhésion ou la participation à des formations... ;
- définir clairement la place qu'ils peuvent prendre dans ces dispositifs en ayant un retour des professionnels de santé, bénéficiaires supposés ou relais des dispositifs présentés ;

- actualiser leurs connaissances et mettre à leur disposition des outils (procédures, référentiels type HAS, outils de communications type INPES...) leur permettant d'envisager à leur tour des actions de sensibilisation et de diffusion des informations auprès de leurs patients.

## Principe

Les opérateurs régionaux et locaux sont sollicités pour une remontée de « demandes de mise à disposition » d'attachés d'information pour promouvoir leur ressource de santé publique.

Un comité de pilotage, composé de représentants de l'URMEL, de l'Assurance Maladie, de l'Etat et des collectivités territoriales liste l'ensemble des demandes et réalise une priorisation en fonction de critères précis : thèmes respectant les priorités du PRSP et de l'Assurance Maladie, permettant un lien avec le soin mais différents de ceux traités par les DAM (Délégués de l'Assurance Maladie).

La programmation est soumise à la coordinatrice régionale des Délégués de l'Assurance Maladie pour validation.

Le plan annuel d'action défini, il respecte 2 principes : ne pas solliciter plus de deux fois par année civile un même professionnel de santé ; une seule thématique traitée par visite avec un message clé.

## Effecteur

Cinq attachés d'information, dont un chargé d'assurer la coordination technique de l'action, couvrent l'ensemble de la région (~ 5 000 médecins généralistes, 2 500 médecins spécialistes ainsi que les autres professionnels en fonction des thématiques traitées). Actuellement, ils sont tous diplômés de la visite médicale.

Un responsable technique du pôle santé publique réalise les fiches de rapport de contact des attachés d'information, les bilans d'évaluation de chaque thématique, le bilan d'activité et le bilan budgétaire complet et œuvre à valoriser l'action menée.

Des médecins référents supervisent l'action des attachés d'information et s'assurent notamment que le message qui est diffusé auprès des professionnels de santé est éthique et conforme aux données actuelles de la science.

## Financement

- 2002-2004 : expérimentation de 2 attachés dans le cadre du plan cancers pendant 2 ans.
- Depuis 2004 : élargissement de l'expérimentation à 5 attachés financé par le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) puis par le Fonds d'Intervention pour la Coordination et la Qualité des Soins (FICQS). L'URMEL prend en charge l'indemnisation des médecins et du personnel hors attachés d'information sur ce dossier soit entre 40 000 et 60 000 € par an pour un projet total de l'ordre de 310 000 € par an.

## Evaluation

Le recueil systématique des difficultés et remarques du professionnel de santé, à l'aide d'une fiche standardisée appelée rapport de contact, permet de disposer d'une base de données. L'analyse des problèmes et des dysfonctionnements constatés à travers cette démarche permet de disposer d'éléments concrets pour améliorer la qualité du dispositif. Cette fiche de rapport est remplie par l'ensemble des attachés d'information, que les entretiens aient été acceptés ou refusés.

Plusieurs actions sont mises en place afin d'évaluer les résultats du dispositif des attachés d'information :

- Chaque thématique donne lieu à la réalisation d'un bilan d'action comprenant l'évaluation de l'action des attachés d'information d'après l'analyse de leurs rapports de visite ainsi que leurs commentaires qualitatifs : Taux de réalisation d'entretiens et de refus ; durée de l'entretien ; impact de l'action de promotion des attachés sur les ressources concernées ;....  
Nous essayons, autant que possible, de mesurer l'impact de l'action des attachés au travers de l'activité des partenaires de la thématique concernée.
- Réalisation d'un bilan synthétique global reprenant les éléments saillants de chaque bilan thématique d'évaluation.

## **12 - Consultations de prévention des maladies cardiovasculaires dans la région Centre**

### Contexte

Les grandes orientations concernant la place du médecin traitant dans la prévention ont été arrêtées. Aujourd'hui, il convient de définir les modalités pour mettre en œuvre des expérimentations.

Au terme d'échanges, un groupe de médecins du département d'Eure et Loir s'est positionné sur la thématique de la prévention des maladies cardiovasculaires.

### Promoteur

L'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) du Centre a initié cette démarche, en coopération avec la CPAM d'Eure et Loir (28).

### Population cible

Ce sont les femmes âgées de 55 à 65 ans et les hommes de 50 à 65 ans ayant désigné comme médecin traitant l'un des médecins participant à l'expérimentation.

### But

Il est de mesurer l'impact de la prévention dans l'exercice quotidien du médecin traitant. L'expérimentation vise à dépister les patients présentant des facteurs de risques cardiovasculaires, et de mesurer, à partir d'indicateurs de résultats simples, précis et facilement exploitables, les pratiques des médecins dans ce cadre.

Différents critères biométriques et biochimiques seront analysés :

- poids datant de moins de 6 mois,
- taille datant de moins d'un an,
- indice de masse corporelle,
- glycémie : datant de moins de 6 mois,
- cholestérol et sa fraction LDL datant de moins d'un an.

Ces résultats seront exploités sur un logiciel scientifique et seront examinés lors de groupes de pairs ; un suivi longitudinal sera effectué.

L'extension de ce projet est envisagée dans le cadre des groupes qualité managés par l'URML et l'URCAM.

### Principe

Repérer les facteurs de risques dans la clientèle suivie.

### Effecteur

L'action concerne une quinzaine de médecins volontaires du département de l'Eure et Loir.

### Rémunération

Une majoration de consultation est envisagée pour l'utilisation du logiciel de suivi.

### Mise en place

L'expérimentation a été finalisée en 2007 et les patients seront inclus à partir de fin 2008.

### Date de généralisation

Elle n'est pas déterminée.

### Evaluation

Dans un premier temps, ce sont les pratiques des médecins qui seront évaluées.

Les médecins analyseront leurs pratiques, dans le cadre d'une pré-étude :

Ils sélectionneront parmi leurs dossiers patients ceux qui répondent aux critères définis pour l'étude et analyseront leurs pratiques (examens effectués...) sur une période antérieure, selon le fonctionnement des groupes de pairs (échange aléatoire de dossiers).

A la fin de l'étude, les pratiques des médecins seront comparées, entre le groupe « témoins » et les patients entrés dans le champ de l'expérimentation.

L'évaluation sera réalisée selon la méthode des groupes de pairs, par une comparaison « avant/après ».

## **13 - Expérimentation de la faisabilité d'une consultation de prévention structurée par le système EsPeR (Estimation Personnalisée des Risques)**

### Contexte

La loi de santé publique du 9 août 2004 insiste sur les notions de prévention. La mortalité « prématurée » représente 1/5<sup>e</sup> de la mortalité totale et est largement due à des causes relevant d'interventions en amont des soins curatifs, c'est-à-dire accessibles à des actions de prévention. Le médecin généraliste est un des acteurs de santé publique et devrait jouer un rôle de pivot au sein des actions de prévention. Cependant ce rôle est le plus souvent rejeté, faute de temps.

En 2005, une étude sur les effets d'aides informatisées sur les pratiques médicales a montré un bénéfice positif en matière de prévention du risque cardiovasculaire et de prise en charge du diabète.

L'expérimentation consiste à mettre en place un outil informatique (EsPeR) d'aide aux consultations de prévention et à évaluer son intérêt.

### Promoteurs

Les Caisses d'Assurance maladie (RSI, CCMSA, CNAMTS) et la Direction générale de la santé (DGS).

### Population cible

Elle a été sélectionnée parmi les patients de 60 médecins, âgés de 45 à 55 ans. Chaque médecin devait programmer et réaliser 10 consultations de prévention en 3 mois, ce qui fait un total de 600 patients.

### But

L'expérimentation consiste à évaluer la faisabilité d'une consultation de prévention dans un cadre expérimental défini a priori, ainsi que l'acceptation et l'utilité d'un système d'aide informatisée comme outil structurant d'une consultation de prévention (système EsPeR).

### Principe

En collaboration avec le Collège National des Généralistes Enseignant (CNGE), 60 médecins ont été recrutés et formés à l'outil EsPeR et au protocole expérimental (durant 3h). Chaque médecin devait programmer et réaliser 10 consultations de prévention sur 3 mois, chez des patients âgés entre 45 et 55 ans. Une présélection de 8 thèmes (tabac, alcool, poids, risque cardiovasculaire, cancers du col, sein, prostate, colon) avait été faite dans EsPeR pour l'évaluation des risques et, si besoin, la recommandation d'actions. L'impression de documents à remettre au patient était possible.

Après « validation » de la consultation, un questionnaire d'évaluation en ligne devait être renseigné par le médecin.

Le but de la consultation était de déterminer le profil de risque du patient. La durée moyenne de la consultation était de 35 minutes. Sur les huit thèmes, six ont été en moyenne abordés.

### Effecteurs

Les 60 médecins généralistes recrutés par l'intermédiaire du CNGE.  
Les Caisses d'Assurance maladie et la DGS ont apporté leur soutien financier.

### Rémunération

Elle n'était pas précisée.

### Evaluation

Par rapport aux consultations de prévention habituelles, il en ressort que la longueur est inhabituelle mais jugée convenable. L'interrogatoire a été renforcé, avec notamment un entretien poussé sur les antécédents familiaux, et des thèmes originaux abordés, tels que les comportements, les modes de vie... L'approche globale du patient (multiplicité des paramètres) et l'utilisation de données statistiques pour la définition du risque est également innovante. De même, la tonalité de l'entretien est jugée plus personnelle, plus détendue, ce qui est considéré par beaucoup de patients comme une amélioration.

## **14 - Logiciel "Plan de Prévention Personnalisé" de support de la consultation de prévention**

### Contexte

Un groupe de médecins généralistes (MG) franc-comtois s'était réuni en 2004, à la demande de MG Form, pour réaliser une recherche qualité sur les consultations de prévention. Ces dernières devaient établir les facteurs de risque d'un patient et lui proposer un Plan de prévention personnalisé (PPP) afin de prévenir certaines pathologies. Ils avaient retenu une quinzaine de pathologies dont la prévention paraissait utile et adaptée à la pratique de médecine générale, essentiellement chez l'adulte.

La création d'un logiciel informatique leur apparaissait alors indispensable, pour pouvoir hiérarchiser les différents facteurs de risque et automatiser l'établissement du profil de risque et des actions à entreprendre. Il trouvait également sa place dans la planification et le suivi des actions entreprises.

### Promoteur

C'est un organisme de formation des MG, MG Form, avec l'aide de l'Institut de recherche et de développement de la qualité.

Le projet a été financé par le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) de Franche-Comté.

### Population cible

Les MG de toute la France.

### But

Créer un outil permettant de lister les facteurs de risque d'un individu adulte afin d'établir automatiquement un profil de risque et un plan de prévention personnalisé inscrit dans le long terme.

### Principe

Le logiciel facilite la hiérarchisation des facteurs de risque qui, une fois cochés, établissent automatiquement un profil de risques et les actions à entreprendre. Le médecin priorise ensuite avec son patient les actions de prévention à instaurer.

Ce logiciel est téléchargeable gratuitement sur internet. La mémorisation par le logiciel des consultations antérieures permet de faciliter le suivi et de suivre l'évolution d'un individu dans une démarche de prévention.

## Effecteur

Le MG au cours d'une consultation de prévention.

## Rémunération

Le financement a été fait par le biais du FAQSV.

## Mise en place

Le logiciel est disponible gratuitement depuis 2005 et téléchargeable

Il est actuellement en cours d'évaluation dans la Maison de santé de Saint Claude à Besançon (voir fiche correspondante).

Les médecins du groupe de travail ont déjà élaboré une liste de pathologies dont la prévention est pertinente et réalisable en médecine ambulatoire.

Chaque médecin a ensuite travaillé sur un ou plusieurs thèmes dans une démarche standardisée : recherche des facteurs de risques – établissement d'un profil de risque et définition d'un plan de prévention personnalisé et concerté.

Le groupe validait alors les données de travail.

Le chef de projet établissait ensuite une synthèse, puis un cahier des charges détaillé pour l'éditeur du logiciel.

Le logiciel a été testé par d'autres médecins pour objectiver d'éventuels dysfonctionnements.

Ce travail a été encadré par un qualicien de l'Institut de recherche et de développement de la qualité de Besançon.

Enfin le groupe de pilotage de MG Form Franche-Comté a validé ce travail réalisé grâce à un Fonds d'aide à la qualité et la coordination des soins délivré par l'URCAM de Franche Comté.

L'éditeur du logiciel est la société Idélogic sise à Roche les Beaupré (25).

Après la saisie de quelques paramètres concernant le médecin, une fenêtre permet de saisir les fiches Patients. Celle-ci se fait de façon linéaire par une succession de fenêtres. La première correspond aux habituels renseignements administratifs, puis le logiciel propose une liste de domaines de prévention.

Il suffit de notifier ceux qui sont à surveiller particulièrement pour tel patient en fonction de son sexe, âge, habitus... :

- *prévention des cancers (poumon, rein, sein, prostate, ORL, cutané, col utérin, colorectal)*
- *prévention cardiovasculaire (coronaropathies, AVC, anévrisme aortique...)*
- *domaine vaccinal et infectieux (grippe, rubéole, pneumocoque, tétanos, hépatites, infections sexuellement transmissibles, tuberculose...)*
- *domaine métabolique (diabète, obésité...).*
- *pathologies dentaires*
- *suicides, toxicomanies*
- *ostéoporose (Cf. ci-dessous)*

La fenêtre suivante permet de cocher tous les facteurs de risque présents chez ce patient (sociaux, habitus, sexuels, familiaux...), ce qui permet d'accéder à un profil de risques et donc à un ensemble d'actions à mettre en oeuvre. La dernière fenêtre propose un calendrier de suivi des actions avec date de réalisation, résultats et dates ultérieures de contrôle pour chaque action à réaliser. Toutes les fiches (facteurs de risque, profils) sont copiables dans le presse papier, imprimables ou exportables au format xml selon le n° de dossier et la date de consultation.

Pour finir, le logiciel propose une dizaine de fiches conseils et quelques tests ou échelles (Fagerström, DETA etc.) à imprimer.

Une version pilote élaborée en 2004 a permis une expérimentation en cabinet de médecine de ville. Suite à cette expérimentation, des améliorations nécessaires sont apparues.

La stabilisation des recommandations sur l'*ostéoporose post ménopausique et son risque fracturaire* permet à ce jour d'introduire cette pathologie dans le logiciel.

Une mise à jour des recommandations sur la prise en charge du patient dyslipidémique est introduite.

Une mise à jour concernant le cancer colorectal et les vaccinations est également souhaitable.

Pour cela une nouvelle version est envisagée en janvier 2009, d'après les modifications détaillées par le chef de projet. Le financement de cette évolution est accordé par l'organisme de formation de médecins généralistes MG Form.

Les évolutions du logiciel sont issues de données scientifiques (HAS, AFSSAPS, ANAES, INVS...).

L'estimation du nombre d'utilisateurs actuels de ce logiciel est difficile.

La prévention en médecine générale est effective mais non systématisée et donc peu évaluable (cf. Gallois P., Vallée JP, Le Noc Y, « *Prévention en médecine générale, une part croissante et une évolution de l'activité* » pages 74 à 78. Médecine. février 2007).

Des expérimentations de nouveaux modes de rémunération ainsi qu'une promotion de l'outil pourraient faire évoluer le nombre d'utilisateurs dans une optique de qualité des soins.

## **15 – Consultations de prévention chez l'adulte (CPA) dans un bassin de vie en Poitou-Charentes**

### Contexte

Après une expérimentation test en 2007, à l'aide d'un outil papier conçu comme un carnet de consultation, il a été décidé de mettre en place une consultation de prévention personnalisée, structurée et informatisée.

L'expérimentation s'appuie sur deux éléments : d'une part, une enquête d'observation qui permet de décrire l'installation d'une pratique systématique de la consultation de prévention au sein d'un bassin de vie, et d'autre part, une étude transversale de prévalence décrivant les facteurs de risques relevés dans la population source.

### Promoteur

URML de Poitou-Charentes

### Population cible

L'expérimentation touche l'adulte ayant son médecin traitant dans le bassin d'une ville de 7 000 habitants. Dix médecins y participent.

S'agissant d'une étude quasi-expérimentale en situation, la connaissance de l'impact et le taux de réponse de la population à l'intervention ont conduit les évaluateurs et les promoteurs de l'enquête à choisir un bassin de vie raisonnablement accessible, en termes d'installation de l'expérimentation et d'implantation du dispositif de communication.

La ville de Chauvigny a été choisie sur la base de plusieurs critères :

- L'adhésion de l'ensemble des professionnels de santé
- L'adhésion de la collectivité locale
- La taille de la population cible (5 000 adultes sur les 7 000 habitants, parmi lesquels environ 4 000 sont affiliés à un régime d'assurance maladie partenaire de l'étude et ont déclaré leur médecin traitant parmi la liste de ceux participant à l'étude).

Les critères d'inclusion des patients (c'est-à-dire la définition de ceux éligibles pour recevoir une invitation à bénéficier d'une CPA) sont donc les suivants :

- Tout patient résidant à Chauvigny
- Agé de 18 à 75 ans
- Ayant déclaré comme médecin traitant l'un des dix médecins généralistes partenaires de l'étude.

### But

Prouver qu'une consultation de prévention structurée en médecine générale est réaliste dans le contexte professionnel et financier actuel ; qu'elle est efficace, simple, rapide, lisible et attractive pour le patient ; qu'elle est réaliste pour le médecin tout en ayant un contenu épidémiologique validé, une méthode reproductible et un taux de pénétration satisfaisant.

## Principe

Il ne s'agit pas de check-up santé, de bilan gratuit, mais d'une consultation personnalisée, adaptée à chaque patient.

Basé sur un court questionnaire (8 items) structuré en fonction de l'âge et du sexe, cet outil permet de réaliser une consultation rapide de dépistage des principales pathologies et conduites à risque chez le patient. Il n'est pas exhaustif mais permet d'aborder les principales causes de mortalité accessibles à la prévention quel que soit l'âge.

Cet outil destiné à l'adulte est basé sur les données du logiciel serveur *EsPeR*, conçu par le Professeur Joël Ménard et déjà expérimenté en 2004 à l'URML Poitou-Charentes.

Une partie de la consultation est également conçue pour rappeler l'incontournable de la consultation : vaccins, indice de masse corporelle, pression artérielle...

A la fin de la consultation, lorsque le médecin a noté un ou des facteurs de risque, il remet au patient un double de la consultation représentant, pour chaque risque en santé identifié, une consigne à réaliser ou un objectif à atteindre (exemple : sevrage tabagique chez un patient fumeur).

Partie intégrante de la consultation, la feuille remise au patient lui rappelle d'une part le risque de mortalité à 10 ans dans la cohorte d'âge et de sexe à laquelle il appartient, mais aussi la part de risque accessible à une démarche de prévention. La fin de la consultation est donc le temps fort : le médecin remet les clés de sa santé au patient, à travers ce bilan personnalisé de prévention.

En ce qui concerne le recueil de données et le système d'information, les facteurs étudiés sont saisis au moyen :

- d'une part, d'un système de recueil informatisé de la consultation de prévention, disponible en cabinet de consultation,
- d'autre part, de questionnaires soumis aux praticiens et aux patients.

Un site avec interface utilisateur/administrateur, et base de données en accès web sécurisé, a été spécifiquement réalisé pour les besoins de l'étude. Les données saisies sont strictement anonymes. Aucune saisie informatique de données nominales n'est effectuée à l'occasion de l'étude.

Le médecin utilise la technique des numéros de dossiers aléatoires pour créer les consultations sur le site de saisie.

Le système d'information produit des tableaux de bord et de pilotage pour suivre en temps réel la réalisation des consultations. Cet accompagnement de projet sur le terrain permet de venir en aide aux médecins en difficulté de réalisation, d'étudier les facteurs d'adhésion ou de perte de vue. Il permet aussi d'ajuster le rythme des invitations, qui sont réalisées de façon séquentielle à la manière du dispositif de dépistage organisé des cancers.

A cela s'ajoute un dispositif de communication.

## Effecteurs

Dix médecins généralistes du bassin de vie.

## Rémunération

Elle est fixée forfaitairement à 10 000 € pour l'ensemble de l'étude.

## Mise en place

Démarrage en octobre 2008 avec les premiers envois des invitations aux patients.

## Date de généralisation

Année 2009.

## Évaluation

Un comité d'évaluation dirigé par le Pr. Ménard est mis en place.

Nature des facteurs étudiés :

- Qualité : échelles de satisfaction
- Impact : mesure de taux de participation
- Efficacité : nature des risques relevés lors de la CPA
- Comparaisons :
  - o Mesure avant-après de l'idée que les patients se font de la prévention
  - o Mesure avant-après de l'efficacité de la CPA sur la connaissance des risques par leur médecin pour un patient donné

Critères d'évaluation :

Indicateurs de qualité : satisfaction des patients (auto-questionnaire multidimensionnel - inspiré du *CASC Comprehensive Assessment of Satisfaction with Care*, par échelles de Lickert à 5 niveaux : comportement actif ou passif à l'invitation, délai de réponse et sa typologie, image et place de la prévention avant/après et utilité ressentie, changements de comportement amorcés/annoncés).

Indicateurs de qualité : satisfaction des médecins (qu'en attendaient-ils, comment l'utilisent-ils, qu'en font-ils, qu'en retirent-ils, quels sont leurs propositions d'amélioration en vue d'une généralisation, et quels besoins en ressources la CPA a-t-elle déclenchés ?).

Indicateurs d'impact : taux de participation des patients invités et spontanés (à rapprocher des références connues : MSA, RSI par ex., ou encore dépistage organisé des cancers du sein) et évolution du taux de pénétration (ratios entre nombre – incrémentiel - d'invitations en circulation et nombre de consultations hebdomadaires ou mensuelles réalisées).

Indicateurs d'efficacité : description et analyse des risques relevés lors de la CPA (analyse de « type épidémiologique ») ; description et analyse des risques décelés grâce à la CPA et inconnus jusqu'alors ; analyse univariée et bivariée, par catégories d'âge, de sexe et de CSP.

*Cette première expérimentation n'évaluera pas ce qui suit chronologiquement la CPA : nature et taux de mise en place d'une prise en charge des risques, nature des stratégies personnalisées d'éducation à la santé et leur suivi, taux d'appel à des ressources externes, indicateurs d'amorce des modifications de comportement, amélioration des risques d'exposition.*

## **16 - Expérimentation d'une consultation de prévention structurée par le logiciel « Plan de Prévention Personnalisé » (PPP)**

### Contexte

La création de cet outil remonte à l'époque où la charte des médecins référents existait et comportait un engagement dans les actions de prévention (*voir fiche 13*). Un groupe de médecin référents franc-comtois a décidé de construire un outil utile à leur action de prévention : le logiciel « PPP ». L'objectif de cet outil est de permettre au médecin de définir un profil à risque du patient et de fixer des objectifs cohérents en rapport avec l'état de santé du patient. Le logiciel est resté disponible pour les médecins traitants mais peu utilisé par ces derniers. Un médecin exerçant au sein d'une maison de santé franc-comtoise, a eu l'idée de mutualiser avec les infirmiers le logiciel « PPP » et d'effectuer un partage de tâches afin qu'ils puissent participer aux consultations de prévention. Depuis février 2007, cette nouvelle expérimentation est en place au sein de la maison de santé de Saint Claude (Besançon).

### Promoteur

Il s'agit de l'équipe médicale de la maison de santé de Saint Claude (Besançon).

### Population cible

Les patients de la maison de santé de Saint Claude (Besançon) de 50 à 75 ans qui n'avaient pas consultés depuis 1 an, l'objectif étant de cibler une population potentiellement à risque notamment vis-à-vis du cancer. Le dispositif a ensuite évolué en incluant les personnes adultes n'ayant pas consulté depuis 6 mois.

Le protocole prévoit de revoir les patients passé un an.

La sélection a été réalisée en partenariat avec l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) de Franche-Comté.

### But

C'est de mesurer l'apport d'un outil informatique partagé tel que le logiciel « PPP » dans le cadre d'une consultation de prévention, pour partie déléguée à l'équipe infirmière, tant au niveau de la gestion du temps que de la qualité de prise en charge.

### Principe

Dans un premier temps, les patients sont vus par un infirmier de l'équipe chargé d'établir le profil de risque du patient grâce au logiciel « PPP ». L'outil présente plusieurs parties, une première administrative, puis plusieurs possibilités existent au choix, pour toute une série de pathologies dont il est intéressant de dépister les facteurs de risque car ils sont accessibles aux actions de

prévention. Ce sont les cancers, les suicides, l'addictologie, le diabète, l'obésité, les pathologies dentaires, les vaccins et les pathologies qui leurs sont liées...

Dans un second temps, un examen physique a lieu dans le cadre d'un travail interprofessionnel ou de coopération entre le médecin et l'infirmier. A la suite de cet examen, l'infirmier peut délivrer, par exemple, une ordonnance de biologie si nécessaire.

La consultation auprès du médecin intervient dans un second temps. Il dispose alors déjà des profils de risques du patient et va pouvoir :

- travailler essentiellement sur les pathologies à risque majoré,
- élaborer un PPP avec son patient (l'outil propose des conseils écrits imprimables),
- choisir avec lui les actions à entreprendre.

Les objectifs sont fixés pour 1 an, délai au bout duquel le patient sera revu en consultation. Le patient est un des acteurs principaux de sa prise en charge.

### Effecteur

L'équipe soignante de la maison de santé de Saint Claude (Besançon) : médecins et infirmiers avec son secrétariat.

### Rémunération

L'expérimentation est financée par le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV). Un forfait de 30 euros est prévu pour la consultation infirmière et 30 euros pour le temps médecin.

### Date de début

L'expérimentation a été mise en place en février 2007.

### Evaluation

Le taux de participation des personnes sollicitées par une invitation écrite est de 7%. Les patients sont donc désormais inclus suite à une proposition faite lors d'une consultation de soins classique.

Des améliorations seraient à apporter à l'outil, notamment des mises à jour concernant certaines pathologies telles que l'ostéoporose, ou la prise en charge du patient dyslipidémique. Il faudrait également adapter le logiciel par rapport aux deux temps (infirmier et médecin), et pouvoir l'intégrer dans le logiciel métier du médecin ou de l'infirmière.

Le logiciel PPP n'est pas aujourd'hui intégrable au logiciel métier du médecin généraliste, mais les objectifs fixés et les résultats des examens de dépistage sont reportés dans le dossier patient comme une consultation classique de médecine générale.

Les « plus » de l'outil sont le calcul automatique du profil de risque et l'aide aux conseils pour atteindre les objectifs fixés. De plus, il respecte au mieux les éléments validés et permet une synthèse des actions entreprises, donnant ainsi aux soignants l'impression d'avancer et d'aider le patient, ce qui offre une motivation supplémentaire.

Dans un même temps, l'expérimentation propose un travail interprofessionnel basé sur une coopération entre le médecin et l'infirmier, toujours dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge du patient.

La présence d'une coordination au sein de la maison de santé serait facilitatrice pour obtenir un meilleur taux de participation des patients (rappels ciblés écrits et téléphoniques,...).

## **17 - Réseau de santé pour les étudiants d'Aix-en-Provence**

### Contexte

La Mutuelle étudiante est gérée directement par les étudiants, elle compte 240 000 adhérents et près de 800 000 affiliés en sécurité sociale.

Au congrès de Lyon, la Mutualité Française a mis en avant la perspective de mettre en place un parcours de santé mutualiste, visant à intégrer les problématiques de prévention dans le parcours de soins coordonnés.

Près de 100 000 étudiants vivent en dessous du seuil de pauvreté et la moitié est salariée pour pouvoir financer ses études, ce qui retentit sur l'accès aux soins et fait qu'aujourd'hui un quart des étudiants y renonce pour des raisons financières.

Le projet rassemble des professionnels de santé, le centre de santé et des médecins libéraux au sein d'un réseau, visant à proposer aux étudiants un accueil spécifique pour leur faciliter l'accès aux soins, répondre à leurs problématiques sociales et intégrer des éléments de prévention.

### Promoteurs

Les acteurs médicaux et sociaux de l'enseignement supérieur :

- la Mutuelle des étudiants (MDE)
- la Médecine préventive universitaire (MPU)
- le Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (BAPU)
- le CROUS.

Le Conseil régional de PACA aide également au financement du réseau.

### Population cible

Ce sont les étudiants d'Aix-en-Provence, âgés environ de 18 à 28 ans.

### But

Il s'agit d'assurer une prise en charge globale de l'étudiant, notamment en matière d'addiction, de fatigue psychologique ou psychique, de trouble alimentaire et de prévention, à partir de consultations spécifiques et d'un accompagnement adapté.

### Principe

Mettre en relation les formes de soin et d'offre de santé existant au sein d'un réseau accessible et acceptable par le milieu étudiant.

Les caractéristiques de ce réseau sont la confidentialité (secret médical), le libre choix de la structure de soin et le suivi individuel de chacun des étudiants.

## Effecteurs

Des professionnels de santé.

En août 2006, il comptait : 12 généralistes, 2 psychiatres, 4 gynécologues, 2 ophtalmologues, 1 dermatologue et 4 dentistes, contre 43 généralistes, 19 psychiatres, 5 gynécologues, 4 ophtalmologues, 2 dermatologues et 25 dentistes, 6 mois plus tard.

Les dispositifs institutionnels : MPU, BAPU, Centre médico-psycho-pédagogique universitaire (CMPPU) et les autres réseaux en font également partie.

## Rémunération

La rémunération des médecins correspond à une consultation normale. Ils s'engagent à prendre en charge les étudiants sans avance de frais.

## Mise en place

Le réseau est mis en place depuis août 2006 et continue à s'étoffer.

## Date de généralisation

Depuis août 2006.

## Evaluation

70% des étudiants intéressés trouvent le réseau utile. 98 professionnels sont susceptibles de l'intégrer.

## **18 - Consultation de prévention en milieu étudiant francilien**

### Contexte

En Ile-de-France, on compte 599 280 étudiants. Les Mutuelles étudiantes régionales (SMER) ont un grand rôle à jouer et notamment la SMEREP (Société mutualiste des étudiants de la région parisienne) qui leur propose des actions de prévention de proximité et un accès aux soins privilégié avec une offre de consultations adaptées et peu onéreuses.

En outre, l'organisation mutualiste étudiante a pour vocation d'impliquer les étudiants à tous les niveaux. La délégation leur est donnée, depuis 1948, de gérer eux-mêmes leur sécurité sociale étudiante.

La SMEREP a tiré plusieurs enseignements des résultats de l'enquête publiée en 2002 en partenariat avec l'Observatoire régional de la santé (ORS) d'Ile-de-France. L'étude SMEREP-ORS a notamment établi que le premier mode d'accès aux soins pour les étudiants était le recours à la médecine générale libérale, devant les centres de soins conventionnés. Suite à ce constat, la SMEREP a imaginé un service de proximité développé avec des médecins généralistes volontaires exerçant en ville.

La SMEREP a décidé de définir de manière conjointe le contenu du service avec les professionnels de santé. Pour cela, elle s'est tournée vers l'Union régionale des médecins libéraux d'Ile-de-France, déjà associée à certaines de ses actions. L'URML est un partenaire logique de la SMEREP puisqu'elle a pour vocation, détaillée par la loi 93-8 du 4/01/93, de « contribuer à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins ».

### Promoteur

La SMEREP en association avec l'Union régionale des médecins libéraux d'Ile-de-France (URML-IDF).

### Population cible

Les étudiants d'Ile-de-France.

### But

Ce projet s'adresse à une population, les étudiants, difficile à toucher en matière de prévention et qui n'a pas un recours normalisé aux soins.

L'idée centrale de cette consultation de prévention, organisée avec les médecins libéraux, est de créer un moment privilégié entre l'étudiant et son médecin généraliste pour aborder sa santé, apprendre à la préserver et prévenir les maladies.

La proximité établie au cours d'une consultation de prévention avec l'étudiant permet de répondre assez justement à ses besoins et attentes. Elle cherche à répondre aux problématiques spécifiques rencontrées par les étudiants, de façon individuelle ou collective (accompagnement...).

Cette démarche d'association d'une organisation professionnelle médicale au développement d'un service mutualiste a pour objectif final de renforcer la capacité de coopération avec les professionnels de santé libéraux.

Pour la SMEREP, il s'agit de développer, en étroite collaboration avec les médecins, des services favorisant une prise en charge de leur santé par les étudiants, de manière autonome, dans le cadre du système de santé de droit commun. Pour cela, la continuité, la prévention, l'éducation sanitaire sont privilégiées.

Pour l'URML, il s'agit de favoriser l'implication des médecins libéraux dans le développement de services de prévention et ainsi démontrer l'importance du médecin libéral comme acteur de santé publique.

Ce dispositif doit permettre également d'identifier les sujets de santé prioritaires pour la mise en place éventuelle d'autres services au bénéfice des étudiants adhérents.

## Principe

Les étudiants adhérents à la complémentaire santé SMEREP sont invités à effectuer une consultation de ce type. Chaque adhérent peut recourir une fois par an au dispositif.

Au cours de cette consultation approfondie, le médecin passe en revue les problèmes de santé de l'étudiant, ses conditions de vie, ses habitudes. Le médecin remplit le questionnaire de consultation et dresse un bilan de santé en évaluant notamment les risques pris par l'étudiant pour sa santé, en évoquant les pathologies éventuellement dépistées et en l'orientant si nécessaire vers d'autres professionnels de santé.

## Effecteur

Les partenaires sont les médecins généralistes libéraux. Le libre choix du médecin est laissé à l'étudiant.

L'étudiant contacte la plate-forme de gestion du service de la SMEREP qui lui propose de recourir soit à son médecin habituel soit à un médecin volontaire participant à l'opération.

Si l'adhérent souhaite effectuer cette consultation auprès de son médecin traitant, la plate-forme le contacte, lui présente l'opération et son fonctionnement. Si le médecin accepte, l'adhérent est informé qu'il peut prendre rendez-vous avec son médecin.

Si l'adhérent ne souhaite pas effectuer cette consultation auprès de son médecin traitant ou si ce dernier refuse de prodiguer cette consultation, la plate-forme de gestion propose à l'étudiant trois noms et coordonnées de médecins volontaires.

## Rémunération

La rémunération des médecins est de 2.5C puisque cette consultation approfondie prend plus de temps qu'une consultation moyenne. De plus le médecin doit remplir un questionnaire de 42 questions qui fait un bilan exhaustif de l'état de santé de l'étudiant.

## Mise en place

Ce service de prévention existe depuis 2001. L'USEM fournit une enquête tous les 2 ans mettant en exergue les préoccupations des étudiants. Cela permet une réadaptation des actions menées car cette population est très volatile.

## Date de généralisation

Elle est mise en place depuis 2003.

## Evaluation

Un bilan a été mené en 2005 par l'URML Ile-de-France et la SMEREP auprès des médecins généralistes partenaires et des étudiants ayant bénéficié de la consultation.

Il s'est avéré positif :

- près de 600 étudiants en ont bénéficié en 2 ans,
- 94 médecins généralistes ont intégré le dispositif,
- il existait de très grandes variations du nombre de consultations entre les praticiens avec une moyenne à 4,5 pour une médiane à 1,5,
- 62 % des praticiens se sont dits « satisfaits » du dispositif en place contre 25% qui le trouvaient « moyen » et 13% « insuffisant »,
- 80 % des étudiants se sont déclarés satisfaits du dispositif,
- le temps de consultation était variable, de 20-30 mn pour des cas simples à 30-40 mn pour les plus complexes, mais jugé suffisant pour les trois quarts des étudiants,
- plus de 80 % des praticiens jugeaient le montant de rémunération satisfaisant,
- 22 % des étudiants vus en consultation présentaient un risque pour leur santé, notamment les douleurs musculaires et articulaires et les questions de santé mentale,
- dans environ 70% des consultations le médecin indiquait un ou deux sujets de prévention prioritaires, avec en tête le sport (20 %), la vaccination (17 %) et le tabac (13 %).

Le partenariat engagé entre l'URML Ile-de-France et la SMEREP avait pour but d'instaurer un service « santé » dédié aux étudiants.

Mais, malgré une communication ciblée tout au long de l'année à destination des jeunes (mailings et insertions dans les relevés de prestations) et des professionnels (colloque), le nombre de consultations a régulièrement diminué.

En 2008-2009, la SMEREP continue pourtant de proposer la consultation de prévention dans toute sa gamme et d'en faire la promotion régulièrement.



## Annexe 2

### **AUDITIONS**

#### **de différentes personnes et spécialistes.**

*Elles se sont déroulées par téléphone avec un enregistrement des réponses faites. Préalablement, la saisine, le pré-rapport et la grille d'entretien avaient été adressés à la personne interrogée.*

Entretien  
Consultation de prévention  
**Rémy BATAILLON,**  
médecin, directeur de l'URML Bretagne

*Quel est votre avis sur l'intérêt d'une consultation de prévention ?*

L'intérêt est double:

- Sur le plan politique et symbolique, réaffirmer la place des médecins traitants par rapport à cette mission de prévention,
- Permettre une négociation de projets de soins avec les patients repérés à risque.

*D'après vous, faut-il cibler cette consultation en direction d'un public large et en bonne santé ou faut-il toucher prioritairement une population à risque, par exemple atteinte de maladie chronique?*

L'URML de Bretagne s'inscrit dans une logique opportuniste, à savoir utiliser plutôt les temps de contact existants qu'une consultation dédiée.

En ce qui concerne l'expérience de Dinan, nous travaillons à partir des tranches d'âge. Nous sommes plus convaincant lorsque nous nous adressons à des patients présentant potentiellement un risque (sujets de 50 à 54 ans pour les hommes et de 60 à 64 ans pour les femmes)...

Le rôle de prévention du médecin traitant doit être intégré dans la prise en charge globale du consultant par le médecin traitant et ses partenaires soignants (paramédicaux et autres). Pour organiser une prise en charge globale, il paraît plus pertinent de financer des moyens pour une organisation professionnelle pluridisciplinaire *ad hoc* qui inclut des temps de concertation, un système d'information et des fonctions de management, à travers éventuellement de nouvelles formes de financement / rémunération, qu'une consultation de prévention ponctuelle.

*Est-ce que votre avis sur ces consultations s'appuie sur des référentiels ou la littérature (méta-analyse, evidence-based medicine...)?*

Mon avis s'appuie davantage sur l'expérience de l'URML.

Il existe sur le sujet une revue de la littérature historique au Etats-Unis.

*Lorsque l'on examine les dispositifs existants, en particulier en France, de multiples tranches d'âge sont priorisées.*

*D'après vous, s'il fallait en choisir deux ou trois, quelles seraient vos recommandations et sur quels arguments scientifiques vous appuyeriez-vous?*

Mon ressenti est qu'il y a un travail à mener sur les jeunes enfants afin de détecter et de prendre en charge les troubles spécifiques de l'apprentissage pour 10% d'entre eux pour lesquels se posent 3 questions non résolues :

- La rémunération d'une consultation longue dès lors qu'elle s'appuie sur un protocole structuré sur des critères validés. En effet, une telle consultation demande environ 45 min (35 min minimum) et il n'y a pas de rémunération pour cela.
- L'articulation avec la PMI et la médecine scolaire car nous constatons qu'il y a double emploi : si le médecin traitant (ou le pédiatre) intervient selon un protocole structuré et validé, notre souhait serait que la médecine scolaire se recentre sur les enfants en difficulté.

- La prise en charge des enfants présentant des troubles spécifiques de l'apprentissage.

Il faut s'occuper des adultes de 50 ans compte tenu des risques inhérents à cet âge.

Concernant les personnes de plus de 70 ans : le test réalisé en Bretagne est peu concluant ; reste que l'auto questionnaire permet au médecin traitant d'aborder des questions qu'il n'oserait ou de penserait pas traiter au cours d'une consultation. Il n'y a pas de réelle plus-value pour cette tranche d'âge car le médecin traitant connaît ces patients depuis de longues années.

En ce qui concerne les jeunes, j'ai le sentiment qu'il y aurait d'autres relais à utiliser en priorité sur le domaine de la promotion de la santé et qu'il y a beaucoup à faire sur d'autres tranches d'âge.

*L'analyse des avis et des expériences actuelles montre qu'il y a deux tendances :*

- *certaines personnes sont plutôt favorables à des consultations dédiées, réalisées ou non par le médecin traitant.*
- *d'autres sont plus attachées au fait de s'appuyer fortement sur le médecin traitant qui assure lors de ses consultations habituelles un continuum de prévention tout au long de la vie.*

*Comment vous positionnez-vous par rapport à ces deux tendances ?*

Nous sommes résolument ancrés dans le 2<sup>e</sup> axe : Prévention au cours de continuum de suivi avec temps de concertation entre professionnels intervenant dans la prise en charge. S'il faut panacher cette approche avec des consultations dédiées, ciblons d'abord les patients qui ne voient pas les médecins traitants.

Pour les patients suivis par leur médecin, présentant des facteurs de risque, la prévention doit s'inscrire au sein du contrat thérapeutique. Pour l'organiser, les médecins doivent s'appuyer sur un système d'information structurant, un mode de rémunération spécifique, ainsi qu'un dispositif de coopération avec les autres professionnels de santé (et les autres acteurs).

*Dans le cadre de la mise en place d'un suivi de prévention structuré autour du médecin traitant et de la médecine de ville, comment verriez-vous l'articulation, d'une part, avec la santé scolaire et universitaire, et d'autre part, avec la médecine du travail ?*

Les médecins scolaires et universitaires doivent être clairement positionnés comme référents pour le médecin traitant et intervenir en partenariat avec lui sur des problèmes précis. Le corollaire est de confier aux médecins traitants le soin de repérer les problèmes et d'assurer la coordination de la prise en charge et, ainsi d'éviter les doublons. Ce point de vue est toutefois incomplet car il n'aborde pas la question de la promotion de la santé qui pourrait se faire, au sein des établissements scolaires et universitaires, en partenariat.

Pas de travail sur la médecine du travail.

*Comme vous le savez, l'Assurance maladie propose à ses bénéficiaires des bilans de santé suivant des modalités variables en fonction du régime d'appartenance. Qu'en pensez-vous et quelle articulation verriez-vous avec une future organisation des consultations de prévention ?*

Si l'on met de côté les populations précaires pour qui il y a une réelle plus-value, on peut s'interroger sur l'utilité de bilans systématiques par l'assurance maladie. Travailler en centre d'expertise et sur l'éducation thérapeutique en relation avec le médecin traitant paraît plus opportun.

*Dans l'avenir, l'organisation de la santé se fera de plus en plus dans le cadre de coopération entre professionnels de santé (médecins, infirmières...). Par ailleurs, dans beaucoup de pays, de nombreux actes de prévention sont réalisés par des paramédicaux.*

*Comment imagineriez-vous la place de ces derniers dans une future organisation des consultations de prévention ?*

Il y a nécessité d'organiser les coopérations entre les professionnels à travers des temps de concertation. Ces coopérations peuvent apporter de réelles plus-values sans avoir recours à des dispositifs dérogatoires (transferts de compétence...), à condition toutefois que les différents professionnels aient les moyens d'entreprendre des actions de prévention dans leur activité quotidienne. Cette condition est particulièrement sensible pour les infirmières libérales car leur nomenclature ne prévoit pas vraiment d'actes de prévention (alors que leur décret de compétence inclut la prévention).

Concernant l'éducation thérapeutique, il faut sûrement distinguer l'accompagnement des professionnels réalisé à travers des entretiens individuels, le plus souvent au cours des soins aux patients, de séances spécifiques, le plus souvent collectives, organisé par un des professionnels libéraux en lien avec un centre d'expertise.

Dès lors que le financement de cette activité s'inscrit dans de nouveaux modes de rémunération, à travers par exemple des contrats d'objectifs et de moyens, Pour structurer ces contrats, il est nécessaire de prendre en compte une spécificité française, à savoir que la plupart des paramédicaux sont des professions libérales.

*Dans le cadre des consultations de prévention, certains facteurs de risque sont dépistés. Ils nécessitent souvent une prise en charge non médicalisée, chronophage et spécialisée (diététique, addiction, activité physique...).*

*Comment verriez-vous l'articulation entre une future organisation des consultations de prévention et ces dispositifs d'aval relevant d'autres professionnels que les médecins ?*

Cette articulation doit s'inscrire dans la constitution d'un pôle de santé libéral pluridisciplinaire c'est-à-dire une organisation de l'offre de soins structurée, sur un territoire de proximité, à travers un projet de santé porté par les différents professionnels.

Les leviers de ces organisations ont déjà été cités : le système d'information, la fonction « management – coordination », les temps de concertation, le mode de financement en référence à des services rendus à la population (par exemple sous la forme d'un contrat d'objectifs et de moyens).

Pour palier à l'absence de cotation des actes des psychologues, diététiciennes et éducateurs médico-sportifs, nous pourrions promouvoir des forfaits inclus dans un contrat d'objectifs et de moyens, structurant les pôles de santé libéraux pluri-disciplinaires. Toutefois, il est nécessaire de considérer que toutes les professions n'ont pas le même point de vue sur les nouveaux modes de rémunération, certaines étant encore très attachées à la rémunération à l'acte.

*Une consultation de prévention repose sur un recueil d'informations, de préférence standardisé, qui devrait permettre de guider cette démarche, d'évaluer les facteurs de risque, d'assurer un suivi et de réaliser des exploitations épidémiologiques.*

*Comment imaginez-vous qu'un tel dispositif puisse être mis en place dans le contexte actuel d'outils informatisés variés (logiciel plan personnalisé de prévention, EsPer...), et d'un dossier médical personnel en devenir ?*

Nous souhaitons l'élaboration d'un cahier des charges national pour les éditeurs de logiciels qui intègrent les fonctionnalités nécessaires pour structurer une démarche de prévention : recueil standardisé de données, édition de listes de patients et de statistiques, accès aux autres professionnels de santé via une connexion sécurisée... Il faudrait également que le médecin bénéficie d'un temps de secrétariat nécessaire à la gestion des dossiers.

*Les référentiels dans le champ de la prévention médicalisée sont peu nombreux et mal connus.*

*Comment pensez-vous que cette situation puisse s'améliorer ? Quel pourrait être le rôle de la HAS et de l'Inpes ? Quelle place pourrait avoir les formations initiale et continue ?*

Plus que la production des référentiels et des recommandations, que les médecins connaissent, c'est leur intégration à la pratique quotidienne qui est un enjeu majeur. L'organisation du travail, notamment du système d'information (programmation de rappels, liens vers les recommandations, aide à la pratique, production d'indicateurs...) et les temps de concertation sont des moyens puissants pour favoriser cette intégration.

En matière de formation continue, on peut difficilement faire plus dans le cadre réglementaire et financier actuel. Par contre, il y a des thèmes à privilégier : la formation à la démarche éducative (comment motiver les patients...) et les formations devraient solliciter davantage l'expertise médicale mais aussi paramédicale en s'inscrivant dans la pluridisciplinarité.

*Quelle stratégie pourrait-on imaginer afin de passer de la situation actuelle (dispositif peu organisé et inefficace de la prévention en médecine ambulatoire) à une organisation plus structurée, répondant à des critères de qualité et permettant un accès plus universel aux publics concernés ?*

La base du cadre politique repose sur 6 axes :

- L'annonce de la consultation de prévention dans toute sa dimension symbolique, qui devrait permettre la mobilisation du corps professionnel.
- L'élaboration d'un cahier des charges des systèmes d'informations pour les éditeurs de logiciels
- La mise en place de concertations entre médecins et pluridisciplinaires sur un territoire de proximité
- La formation des professionnels aux démarches d'éducation thérapeutique sous l'angle comment motiver un patient
- L'élaboration de contrats d'objectifs et de moyens sur un territoire de proximité entre professionnels de terrain et financeurs
- Le renforcement des moyens par la possibilité d'utiliser par exemple les C.E.S. de l'assurance maladie et les réseaux de santé comme centres ressources pour aider les acteurs sur le terrain à structurer leur propre action.

Entretien  
Consultation de prévention  
**Richard Bouton**, médecin, consultant  
*(ce texte n'a pas été relu par la personne interviewée)*

*D'après vous, faut-il cibler cette consultation en direction d'un public large et en bonne santé ou faut-il toucher prioritairement une population à risque, par exemple atteinte de maladie chronique?*

Une consultation tout-venant, à tous les âges, n'est rentable que si elle est obligatoire. Sinon, ce sont toujours les mêmes qui reviennent et le public cible n'est pas forcément atteint.

Le dispositif pour la petite enfance marche bien, il n'y a pas nécessité d'y revenir.

En ce qui concerne le caractère obligatoire, je suis partisan d'une incitation financière positive passant par une rémunération des bénéficiaires.

Je suis plus d'avis d'aller vers des consultations spécifiques pour des sujets atteints de maladies chroniques (ex. : patients ayant un diabète type 2).

*Lorsque l'on examine les dispositifs existants, en particulier en France, de multiples tranches d'âge sont priorisées.*

*D'après vous, s'il fallait en choisir deux ou trois, quelles seraient vos recommandations et sur quels arguments scientifiques vous appuyeriez-vous?*

Je suis favorable à la prise en charge de la surcharge pondérale chez les préadolescents qui est un sujet de santé publique essentiel.

En revanche, je ne suis pas favorable à des bilans exhaustifs suivant les tranches d'âge en ce qui concerne les adultes.

*L'analyse des avis et des expériences actuelles montre qu'il y a deux tendances :*

- *certaines personnes sont plutôt favorables à des consultations dédiées, réalisées ou non par le médecin traitant.*
- *d'autres sont plus attachées au fait de s'appuyer fortement sur le médecin traitant qui assure lors de ses consultations habituelles un continuum de prévention tout au long de la vie.*

*Comment vous positionnez-vous par rapport à ces deux tendances ?*

Les deux approches ne sont pas antinomiques et il faut aller vers une solution mixte. Il est vrai que dans tous les pays où il y a une politique de santé publique ambitieuse et efficace, c'est parce qu'il y a une mobilisation des acteurs de soins primaires que sont les généralistes.

*Dans le cadre de la mise en place d'un suivi de prévention structuré autour du médecin traitant et de la médecine de ville, comment verriez-vous l'articulation, d'une part, avec la santé scolaire et universitaire, et d'autre part, avec la médecine du travail ?*

La médecine scolaire en France est assez misérable. L'intérêt des examens de prévention à cet âge est de voir tout le monde. Pour ce faire, il faut soit embaucher des médecins scolaires, soit avoir recours aux médecins généralistes.

*Comme vous le savez, l'Assurance maladie propose à ses bénéficiaires des bilans de santé suivant des modalités variables en fonction du régime d'appartenance. Qu'en pensez-vous et quelle articulation verriez-vous avec une future organisation des consultations de prévention ?*

Il s'agit d'un patrimoine de l'assurance maladie. Ce dispositif n'a pas démerité. Qu'il perdure dans sa forme actuelle ? Pourquoi pas... Mais il faut choisir nos axes de prévention compte tenu de l'évolution des différents fléaux. Il faut associer plus de professionnels et obtenir la participation des patients. On voit qu'on peut obtenir une rentabilité par exemple avec les campagnes sur les antibiotiques. On peut faire mieux en priorisant les axes de prévention.

Dans l'avenir, l'organisation de la santé se fera de plus en plus dans le cadre de coopération entre professionnels de santé (médecins, infirmières...). Par ailleurs, dans beaucoup de pays, de nombreux actes de prévention sont réalisés par des paramédicaux.

*Comment imagineriez-vous la place de ces derniers dans une future organisation des consultations de prévention ?*

Il existe un dispositif opératoire (Asalée) où l'infirmière intervient comme un soutien, sans rien enlever au rôle du médecin généraliste. Si l'on veut intégrer les infirmières libérales, on aura beaucoup de difficultés : il faut soit salarier ces infirmières, soit adopter le système du mandat sanitaire comme celui existant pour les vétérinaires libéraux qui se voient déléguer l'essentiel des compétences sanitaires.

*Dans le cadre des consultations de prévention, certains facteurs de risque sont dépistés. Ils nécessitent souvent une prise en charge non médicalisée, chronophage et spécialisée (diététique, addiction, activité physique...).*

*Comment verriez-vous l'articulation entre une future organisation des consultations de prévention et ces dispositifs d'aval relevant d'autres professionnels que les médecins ?*

Le médecin généraliste doit être au cœur du système de prévention et se faire le relais en matière de santé publique auprès de différents intervenants.

Par exemple, en matière de surcharge pondérale, il y a nécessité de structures d'aval (diététicien, activité sportive...).

Au niveau médico-social, le problème se pose pour des enfants à risque, potentiellement maltraités. Que peut faire le médecin ?

*Une consultation de prévention repose sur un recueil d'informations, de préférence standardisé, qui devrait permettre de guider cette démarche, d'évaluer les facteurs de risque, d'assurer un suivi et de réaliser des exploitations épidémiologiques.*

*Comment imaginez-vous qu'un tel dispositif puisse être mis en place dans le contexte actuel d'outils informatisés variés (logiciel plan personnalisé de prévention, EsPer...), et d'un dossier médical personnel en devenir ?*

Le dispositif Asalée a contourné le problème en utilisant un site : les informations sont transmises à chaque médecin en fonction de leur patient.

Pour l'essentiel, il faut viser la fonctionnalité et la simplicité du dispositif. Il faut également rémunérer et former les médecins.

Les référentiels dans le champ de la prévention médicalisée sont peu nombreux et mal connus.

*Comment pensez-vous que cette situation puisse s'améliorer ? Quel pourrait être le rôle de la HAS et de l'Inpes ? Quelle place pourrait avoir les formations initiale et continue ?*

La HAS et l'Inpes se sont livrés à des expérimentations en matière d'éducation thérapeutique. Ces organismes sont légitimes à délivrer les référentiels, mais ils doivent se mettre en phase avec la pratique quotidienne pour aboutir à une certaine opérationnalité.

Il faut également rapprocher le médecin généraliste de la santé publique au niveau de l'enseignement. Il faudrait d'ailleurs peut-être que la formation soit associée à une rémunération selon la situation sur le territoire.

*Quelle stratégie pourrait-on imaginer afin de passer de la situation actuelle (dispositif peu organisé et inefficace de la prévention en médecine ambulatoire) à une organisation plus structurée, répondant à des critères de qualité et permettant un accès plus universel aux publics concernés ?*

Je fais référence à mon rapport pour la DGS 2004-2005 sur le rôle du médecin généraliste en matière de santé publique.

Si on sort du caractère obligatoire, on rencontre les limites populationnelles : la population cible n'est pas forcément atteinte.

Deux questions se posent :

- comment utiliser le réseau des médecins généralistes ?
- quel modèle économique doit-on suivre ?

Il y a eu une première étude de la DGS : inventaire de l'existant en matière d'alerte sanitaire au sein de l'ensemble des professions de santé.

On a découvert une profession, celle des vétérinaires libéraux qui sont organisés en matière d'alerte sanitaire. Il existe un mandat sanitaire, une délégation faite aux vétérinaires en matière de compétence sanitaire. Le mandat sanitaire inclut toutes les tâches qui doivent être accomplies et qui varient selon qu'ils se situent en zone rurale ou urbaine (prélèvements, alertes...) moyennant rémunération par le Ministère de l'agriculture. L'adhésion est volontaire et 80 % des vétérinaires y souscrivent.

La seconde étude a consisté à transposer le mandat sanitaire aux médecins libéraux afin de résoudre la question du statut du médecin libéral. Cette dernière date de 1928. Il est bloquant pour la profession alors que se posent les questions des diversifications des modes de rémunération, de répartition sur le territoire et d'investissement en matière de santé publique.

Je propose que le modèle professionnel et économique s'inspire du mandat sanitaire des vétérinaires libéraux. L'adhésion devrait être volontaire et impliquer une formation. Le médecin devrait consacrer 20 % de son temps à une activité autre que celle attachée aux prescriptions. Ceci permettrait d'ailleurs de diminuer le nombre de prescriptions d'éléments pharmaceutiques. Ce dispositif est compatible avec la loi du 09/08/04 qui comporte des tâches obligatoires (recueil d'éléments épidémiologiques, participation à la permanence des soins...) et des tâches facultatives.

On peut s'inspirer des médecins au Québec où les questions de soins primaires sont traitées par couche, soit par le biais des centres de santé, des indépendants regroupés, et chez les indépendants qui ne veulent rien faire, par des animations dans les salles d'attente, des informations (film pédagogique...), pouvant faire intervenir des infirmières de santé publique.

Entretien  
Consultation de prévention  
**Marcel GOLDBERG**, professeur de santé publique,  
membre de la commission prévention et déterminants de santé du HCSP

*Quel est votre avis sur l'intérêt d'une consultation de prévention ?*

A l'époque de mon travail sur les centres d'examens de santé (CES), j'avais regardé la littérature. Concernant la consultation de prévention « multi tout » sur une population tout venant, il y a eu plusieurs études qui montraient que cela n'avait aucun effet au regard de différents critères : les hospitalisations, la mortalité, la consommation de soins.

Je serais surpris que l'on trouve dans la littérature des éléments nouveaux qui démontrent que cela est bénéfique.

J'avais proposé de faire quelque chose de plus spécifique que simplement de l'examen de santé de prévention.

*D'après vous, faut-il cibler cette consultation en direction d'un public large et en bonne santé ou faut-il toucher prioritairement une population à risque, par exemple atteinte de maladie chronique?*

Potentiellement, peuvent marcher des actions de prévention bien ciblées autour d'une population caractérisée, soit par des problèmes, soit par des facteurs de risques spécifiques.

Je crois que la consultation multiphasique, complète, systématique aura du mal à démontrer son utilité.

Le problème pour les actions ciblées est de montrer que cela marche et comment. Il y a un potentiel mais il faut l'expérimenter avec un protocole et une évaluation.

*Lorsque l'on examine les dispositifs existants, en particulier en France, de multiples tranches d'âge sont priorisées.*

*D'après vous, s'il fallait en choisir deux ou trois, quelles seraient vos recommandations et sur quels arguments scientifiques vous appuieriez-vous?*

Je ne crois pas que le choix de tranches d'âge prioritaires repose sur des arguments. Quand on regarde de près tous les âges doivent être priorisés le critère d'âge n'étant pas suffisant.

Chez les enfants et les jeunes adultes il y a des choses intéressantes à faire car il se passe beaucoup de choses.

Chez les adultes se construit ce qui leur arrivera 30 ans après. Il faut s'intéresser aux jeunes personnes âgées aussi, pour avoir un vieillissement réussi.

Tous, pédiatres, médecin du travail ou autres, ont des arguments spécifiques pour travailler par rapport à des tranches d'âge, mais garder comme critères les tranches d'âges en soi, me paraît totalement inopérant.

Pour chaque tranche d'âge, il faudrait se poser la question des objectifs.

Il faudrait être plus subtil que de se référer à la seule tranche d'âge, s'appuyer sur des bases scientifiques et décliner des objectifs priorisés.

Sur la technique de prévention ce peut être un suivi, une consultation. Je n'ai pas d'idées spécifiques.

Ce qui manque, c'est d'objectiver l'action à mener.

*L'analyse des avis et des expériences actuelles montre qu'il y a deux tendances :*

- *certaines personnes sont plutôt favorables à des consultations dédiées, réalisées ou non par le médecin traitant.*
- *d'autres sont plus attachées au fait de s'appuyer fortement sur le médecin traitant qui assure lors de ses consultations habituelles un continuum de prévention tout au long de la vie.*

*Comment vous positionnez-vous par rapport à ces deux tendances ?*

Ni l'une ni l'autre de ces solutions ne sont bonnes en soi. Il faut se poser les bonnes questions avant de donner les solutions. Le débat n'est pas « comment il faut faire » mais « qu'est-ce qu'il faut faire ? ».

Je suis persuadé que les deux solutions ont leur place selon les programmes de prévention.

Le médecin traitant a une place légitime mais il faut voir pour faire quoi, auprès de qui et à quel moment.

Des institutions spécialisées auprès de l'enfance, des précaires, des travailleurs et des personnes âgées, ont leur place aussi.

Je pense, comme dans l'optique des réseaux ville hôpital, qu'il y a quelque chose à mettre en place. Il faut savoir selon les moments et les actes, si il faut une prise en charge par un médecin traitant ou autre.

Ce qu'il faut savoir c'est qui va organiser, définir, prioriser et évaluer avec la légitimité nécessaire.

*Dans le cadre de la mise en place d'un suivi de prévention structuré autour du médecin traitant et de la médecine de ville, comment verriez-vous l'articulation, d'une part, avec la santé scolaire et universitaire, et d'autre part, avec la médecine du travail ?*

L'articulation médecin du travail et médecin traitant fonctionne difficilement.

La médecine du travail telle que conçue il y a 50 ans, n'est pas adaptée aux problèmes de la santé d'aujourd'hui.

Il y a moins de médecins du travail et cela a un coût. Il faut donc moduler selon le type de travail effectué.

Il faut qu'une liaison soit créée pour les personnes qui ne sont plus au travail et pour lesquelles une pathologie apparaît.

Il faut fixer les objectifs selon les besoins et des méthodes selon les cas.

*Comme vous le savez, l'Assurance maladie propose à ses bénéficiaires des bilans de santé suivant des modalités variables en fonction du régime d'appartenance. Qu'en pensez-vous et quelle articulation verriez-vous avec une future organisation des consultations de prévention ?*

Une initiative intéressante est ce qui se fait actuellement au sein des CES pour l'accompagnement de personnes souffrant de pathologies chroniques. Mais là encore, il faut une évaluation et le problème traditionnel c'est que les CES ne touchent qu'une très faible fraction de la population.

A ma connaissance il n'y a pas une réelle évaluation sur ce que va produire cette action. Sauf erreur, et à aucun endroit du dernier rapport d'activité du CETAF on n'évoque une évaluation.

Je connais mal le dispositif de la MSA. Ils font ce qu'il faut pour faire venir les gens ce qui explique une participation plus importante. Il y a une réflexion plus élaborée du côté de la MSA.

*Dans l'avenir, l'organisation de la santé se fera de plus en plus dans le cadre de coopération entre professionnels de santé (médecins, infirmières...). Par ailleurs, dans beaucoup de pays, de nombreux actes de prévention sont réalisés par des paramédicaux.*

*Comment imagineriez-vous la place de ces derniers dans une future organisation des consultations de prévention ?*

Il est évident qu'il faut une coopération pour certains types d'actions. On n'a pas besoin d'un médecin pour tout et il est aberrant de demander au médecin de tout faire.

Il faut réfléchir à quelles compétences sont nécessaires pour agir.

*Une consultation de prévention repose sur un recueil d'informations, de préférence standardisé, qui devrait permettre de guider cette démarche, d'évaluer les facteurs de risque, d'assurer un suivi et de réaliser des exploitations épidémiologiques.*

*Comment imaginez-vous qu'un tel dispositif puisse être mis en place dans le contexte actuel d'outils informatisés variés (logiciel plan personnalisé de prévention, EsPer...), et d'un dossier médical personnel en devenir ?*

Ces logiciels sont des dispositifs médicaux qui devraient avoir une autorisation de mise sur le marché, avec une évaluation préalable comme pour un médicament.

L'utilité n'est pas assurée. Cela est promu sans examen préalable et sans suivi.

Il faut monter un dossier avec des études de suivi pour démontrer que cela sert à quelque chose.

Il faut prendre la prévention au sérieux dans les politiques de santé publique avec des procédures de contrôle, d'accréditation, de pilotage.

On dispose de toutes les ressources pour développer un système de prévention. Il manque une politique, une volonté et un pilotage.

*Les référentiels dans le champ de la prévention médicalisée sont peu nombreux et mal connus.*

*Comment pensez-vous que cette situation puisse s'améliorer ? Quel pourrait être le rôle de la HAS et de l'Inpes ? Quelle place pourraient avoir les formations initiale et continue ?*

Je pense que l'HAS et l'INPES ont leurs rôles à jouer en la matière.

*Quelle stratégie pourrait-on imaginer afin de passer de la situation actuelle (dispositif peu organisé et inefficace de la prévention en médecine ambulatoire) à une organisation plus structurée, répondant à des critères de qualité et permettant un accès plus universel aux publics concernés ?*

Il faut avoir le même niveau d'exigence en matière de prévention que de soins, en prenant en compte les effets secondaires.

Grille d'entretien  
Consultations de prévention  
**Bertrand GARROS,**  
Président de l'INPES, membre de la Conférence nationale de santé

*Quel est votre avis sur l'intérêt d'une consultation de prévention ?*

Tout d'abord, il me semble nécessaire de préciser la notion de « consultation de prévention ». J'en distinguerai trois catégories :

- Les consultations de prévention thématiques, avant tout centrées sur des facteurs de risque, par exemple cardio-vasculaires ; elles sont souvent protocolisées ;
- Les consultations de prévention plus généralistes ou globales qui se réfèrent davantage à des événements de la vie (grossesse, naissance...), ou à des âges de la vie ;
- Et puis des consultations de promotion de la santé (type « Rendez-vous Santé ») qui sont des moments privilégiés pour échanger avec les patients sur leur santé et leur bien-être, sans parler nécessairement de pathologies à l'inverse des autres types de consultation plus médicalisées (exemple de population cible : les adolescents). L'approche de la MSA, dans les « Instants santé » qu'elle met en place, correspond assez bien à cette catégorie.

On pourrait alors imaginer un système de graduation des consultations qui pourraient alterner et s'articuler tout au long de la vie, avec l'avancée en âge et la survenue de certains événements de vie.

*D'après vous, faut-il cibler cette consultation en direction d'un public large et en bonne santé ou faut-il toucher prioritairement une population à risque, par exemple atteinte de maladie chronique ?*

Nous avons l'habitude de raisonner de manière binaire, mais cela ne correspond pas forcément à la réalité : pourquoi choisir l'un ou l'autre et pas l'un et l'autre en fonction des catégories de consultation ?

L'Assurance maladie aura tendance à avoir un raisonnement avant tout marqué par la logique conventionnelle de ses négociations avec les professionnels de santé. De ce point de vue, les « Rendez-vous santé », s'ils s'inscrivent dans le cadre d'une rémunération à l'acte, peuvent paraître inflationnistes à l'Assurance maladie qui a peur de faire exploser les remboursements liés aux consultations de prévention.

On a sans doute trop tendance aujourd'hui à définir les consultations de prévention en partant du cadre médico-administratif actuel. Quand on procède autrement, c'est dans le cadre limité d'expérimentations. Le développement des consultations de prévention pose en fait la question de l'évolution des pratiques et des rémunérations.

*Est-ce que votre avis sur ces consultations s'appuie sur des référentiels ou la littérature (méta-analyse, evidence-based medicine...) ?*

Il existe naturellement des référentiels, mais pas toujours cependant. Mais la question me semble aujourd'hui beaucoup plus complexe que celle des référentiels. Le développement des consultations de prévention pourrait et devrait constituer un outil de conduite du changement, d'une part pour passer du curato au prévento-centré, d'autre part pour aller vers d'autres formes de pratique et de rémunération, comme je viens de le souligner.

La mutuelle Prévadiès avec la Mgen et l'Ugim a ainsi mis en place de façon expérimentale des consultations de dépistage des facteurs de risque cardio-vasculaire. A cette occasion, les généralistes impliqués ont décidé de regrouper ces consultations sur des plages horaires, tandis que les mutuelles organisaient pour eux toutes les prises de rendez-vous. Ils ont ainsi découvert une toute autre manière de travailler et de s'organiser, avec beaucoup de satisfaction.

*Lorsque l'on examine les dispositifs existants, en particulier en France, de multiples tranches d'âge sont priorisées.*

*D'après vous, s'il fallait en choisir deux ou trois, quelles seraient vos recommandations et sur quels arguments scientifiques vous appuyeriez-vous ?*

Il serait préférable de parler de situation de vie et d'avoir une vision plus large qu'une prévention strictement fondée selon l'âge, sur la base de considérations statistiques. On peut démontrer épidémiologiquement que certains facteurs de risque ont une fréquence croissante avec l'âge et qu'à partir d'un certain âge, une consultation orientée permettra de les mettre en évidence. Par exemple, l'excès de cholestérol. Mais si l'on se place dans le cadre d'une logique préventive, c'est beaucoup plus jeune en fait qu'il faudrait par exemple une consultation de prévention nutritionnelle pour éviter ultérieurement l'hypercholestérolémie.

En d'autres termes, comme je l'ai déjà souligné, c'est une véritable logique de prévention qu'il faut mettre en œuvre tout au long de la vie, logique qui pourrait s'appuyer sur des séquences organisées des différents types de consultation de prévention évoquées précédemment.

*L'analyse des avis et des expériences actuelles montre qu'il y a deux tendances :*

- *certaines personnes sont plutôt favorables à des consultations dédiées, réalisées ou non par le médecin traitant.*
- *d'autres sont plus attachées au fait de s'appuyer fortement sur le médecin traitant qui assure lors de ses consultations habituelles un continuum de prévention tout au long de la vie.*

*Comment vous positionnez-vous par rapport à ces deux tendances ?*

Les deux démarches ne sont pas antagonistes. Mais le partage des tâches ne doit pas non plus renforcer la segmentation du système dans le cadre d'une sorte de vision tayloriste du travail. Il doit au contraire renforcer les articulations.

Certaines consultations, par exemple sur le diabète ou les maladies cardio-vasculaires, comportent souvent une dimension de soins et une dimension de prévention. D'autres, concernant par exemple les nourrissons, seront davantage des consultations de promotion de la santé.

Le système actuel est morcelé. Le médecin traitant doit avoir une vision assez globale et prospective. Lorsque son patient diabétique vient le voir, il est inopportun de réaliser une consultation thérapeutique un jour et une consultation de prévention le lendemain. La prise en charge doit être globale et non segmentée.

*Dans le cadre de la mise en place d'un suivi de prévention structuré autour du médecin traitant et de la médecine de ville, comment verriez-vous l'articulation, d'une part, avec la santé scolaire et universitaire, et d'autre part, avec la médecine du travail ?*

Pour différentes raisons, il existe depuis longtemps une opposition entre médecine libérale et médecine « institutionnelle ». Le médecin généraliste revendique l'intégralité de la prise en charge. Cette approche manichéenne, déjà stérile en soi, l'est d'autant plus dans la situation démographique actuelle.

Concernant les « jeunes », les ados peuvent se reconnaître tout à fait dans les professionnels de la médecine scolaire pour certains problèmes dont ils peuvent ne pas vouloir parler avec un médecin généraliste qui est souvent celui de leurs parents. Par ailleurs, le médecin de famille n'est pas forcément très à l'aise avec des thématiques particulières (addictions) et ne connaît pas toujours le contexte de vie de l'ado, en particulier dans son environnement scolaire (ambiance et problèmes rencontrés en milieu scolaire...).

Le médecin de santé scolaire dispose également de compétences spécialisées, par exemple pour définir des projets d'accueil individualisé en matière d'insertion d'enfant handicapé ou souffrant de troubles de santé comme le diabète. Il connaît la logique de l'institution scolaire et va trouver les articulations nécessaires entre les différents intervenants, médecin traitant compris. Il faut donc assurer la complémentarité entre médecin traitant et médecin scolaire en définissant beaucoup mieux qu'aujourd'hui leur rôle et leur champ d'intervention respectifs.

La médecine du travail telle qu'elle est organisée aujourd'hui s'intéresse essentiellement aux conséquences directes du travail sur la santé. Son fonctionnement n'est pas sans poser question. A mon sens, il serait souhaitable de favoriser une approche plus globale en s'intéressant à la santé des travailleurs et pas seulement aux conséquences du travail sur la santé. Au cours des dernières années, les entreprises ont vu leur responsabilité sociale et juridique élargie à l'usage du tabac et de l'alcool. Elles ont engagé des actions de prévention dans ce cadre. De plus en plus se préoccupent aujourd'hui des problèmes de surcharge pondérale. Les effets du bruit sur l'audition en milieu du travail devraient aussi être abordés en cohérence avec la problématique des musiques amplifiées. On pourrait trouver bien d'autres exemples de cette nécessaire approche globale.

*Comme vous le savez, l'Assurance maladie propose à ses bénéficiaires des bilans de santé suivant des modalités variables en fonction du régime d'appartenance. Qu'en pensez-vous et quelle articulation verriez-vous avec une future organisation des consultations de prévention ?*

Le dispositif actuel n'est utilisé que par un nombre restreint d'assurés sociaux et la répartition des centres n'est pas homogène. Sans remettre en cause le droit à ces bilans, il me semble nécessaire de les intégrer dans cette gradation des consultations de prévention que j'évoquais précédemment. Dans cette optique, le dispositif mis en place par la MSA me semble mieux adapté. Les futures maisons de santé offrirait également à ces bilans un cadre de proximité beaucoup plus intégré.

On a cherché à réorienter les CES vers les publics précaires et le suivi post-professionnel. Permettre à des personnes précaires d'avoir un accès à un bilan de prévention est naturellement positif. Mais s'il n'y a pas d'accompagnement pour permettre à ces personnes de tirer les conséquences de ce bilan, y compris en terme d'accès aux soins dans des conditions financièrement accessibles, cette orientation est problématique. Utiliser les centres pour effectuer un suivi post-professionnel est tout à fait intéressant, car il s'agit là d'une approche relevant d'une expertise particulière que n'a pas nécessairement le médecin traitant. Qui plus est, il s'agit d'un prolongement naturel de l'action de prévention des caisses régionales d'assurance maladie. Il pourrait être également intéressant que les CES offrent, notamment en matière d'éducation thérapeutique du patient, un service d'aval au médecin généraliste avec diététiciens, éducateurs, psychologues...

Il faut donc réfléchir à l'articulation des acteurs (PMI / médecine travail / santé scolaire / CES). Dans le cadre de la loi de santé publique, il devrait y avoir une analyse sur la manière dont on construit l'offre. Pour dépasser la segmentation actuelle, on peut favoriser les transversalités entre acteurs, par exemple dans le cadre des maisons de santé. On peut aussi aller plus loin dans une

véritable logique communautaire fondée sur la structuration territoriale d'une offre de soins primaires.

*Dans l'avenir, l'organisation de la santé se fera de plus en plus dans le cadre de coopération entre professionnels de santé (médecins, infirmières...). Par ailleurs, dans beaucoup de pays, de nombreux actes de prévention sont réalisés par des paramédicaux.*

*Comment imagineriez-vous la place de ces derniers dans une future organisation des consultations de prévention ?*

Le seul chemin est celui de la mise en place d'une coopération entre professionnels médicaux et paramédicaux. Il faut que le médecin l'accepte en le considérant non pas comme une dépossession, mais comme une opportunité pour que chacun ait la valeur ajoutée maximale. On voit aujourd'hui que des relations construites sur la seule logique « prescripteur/prescrit » ne répondent plus aux enjeux actuels. La réalité, c'est l'interdépendance.

*Dans le cadre des consultations de prévention, certains facteurs de risque sont dépistés. Ils nécessitent souvent une prise en charge non médicalisée, chronophage et spécialisée (diététique, addiction, activité physique...).*

*Comment verriez-vous l'articulation entre une future organisation des consultations de prévention et ces dispositifs d'aval relevant d'autres professionnels que les médecins ?*

A mon sens, il n'est pas éthique de mettre en place un dispositif de consultations de prévention sans fournir aux professionnels et aux patients concernés le dispositif d'aval, par exemple suivi nutritionnel, éducation thérapeutique, etc. Il s'agit autant d'organiser l'offre en termes de ressources humaines que d'organiser la solvabilisation de cette offre. Ces prises en charge individuelles doivent se faire dans un cadre collectivement organisé. Dans l'exemple de la consultation sur les facteurs de risques cardio-vasculaires que j'ai cité, cette offre d'aval est partie intégrante de l'expérimentation.

*Une consultation de prévention repose sur un recueil d'informations, de préférence standardisé, qui devrait permettre de guider cette démarche, d'évaluer les facteurs de risque, d'assurer un suivi et de réaliser des exploitations épidémiologiques.*

*Comment imaginez-vous qu'un tel dispositif puisse être mis en place dans le contexte actuel d'outils informatisés variés (logiciel plan personnalisé de prévention, EsPer...), et d'un dossier médical personnel en devenir ?*

L'approche de la problématique par l'outil est assez réductrice et sert souvent de paravent pour ne pas faire. Je pense que l'on a aujourd'hui la possibilité technique de réaliser les interfaces nécessaires avec les logiciels métier afin d'éviter une déconnexion entre le dossier du malade et la consultation de prévention. Cela n'est pas nécessairement facile, ni immédiat et naturellement, cela a un coût. Mais c'est faisable s'il existe une véritable bonne volonté politique. Il existe des exemples réussis de migrations informatiques beaucoup plus complexes.

*Les référentiels dans le champ de la prévention médicalisée sont peu nombreux et mal connus.*

*Comment pensez-vous que cette situation puisse s'améliorer ? Quel pourrait être le rôle de la HAS et de l'Inpes ? Quelle place pourrait avoir les formations initiale et continue ?*

Il existe des phénomènes classiques de compétition entre institutions. Au delà de cet aspect, comme on l'a vu, certaines consultations de prévention sont plus médicalisées que d'autres. Par ailleurs, on voit bien que les consultations de prévention participent d'enjeux culturels très forts, aussi bien dans les représentations des professionnels que dans celles des patients ou des assurés. HAS et Inpes sont donc tout à fait légitimes à intervenir. Dans le cadre du partenariat entre ces deux institutions, la logique est celle d'une intervention commune et partagée, avec, selon les cas, l'un ou l'autre organisme comme chef de file.

Grille d'entretien  
Consultations de prévention  
**Laurent CHAMBAUD**, médecin de santé publique  
membre de l'IGAS, ancien président de la SFSP

*Quel est votre avis sur l'intérêt d'une consultation de prévention ?*

Il est assez difficile de se positionner d'une manière générale, mais à l'issue du travail franco-québécois, la difficulté ressentie des 2 côtés est de pouvoir intégrer ce que l'on attend du système du soin dans une perspective plus globale. La consultation de prévention est une des modalités pour intégrer les acteurs du système de soins, notamment les acteurs de soins de premier recours dans des actions de prévention.

Cela soulève deux difficultés :

- Faire en sorte que les acteurs de premiers recours intègrent dans leur activité des activités préventives, ce qui est compliqué même dans les pays ayant une forte culture de santé publique depuis des années.
- Eviter que les aspects « prise en charge de la dimension soins » ne soient pas complètement déconnectés d'une perspective globale de prévention et de promotion de la santé au sein d'un territoire ou d'un pays.

La consultation de prévention est probablement l'un des éléments qui motiveraient l'acteur de soins, mais comment le placer par rapport à son propre travail, comment intégrer cela dans une dimension de nature essentiellement curative ? Par ailleurs, comment faire le lien entre ce travail spécifique et un travail plus général de planification en santé, de priorités de santé ?

Les applications seront très différentes selon qu'on raisonne par thématique, par population cible, ou de manière globale.

Dans le cadre de nos échanges franco-québécois, les consultations de prévention ne sont pas un thème qui s'est imposé spontanément. En France, on pense essentiellement à l'éducation thérapeutique du patient, et au Québec on fait beaucoup plus référence à la notion de continuum de services, avec ce qu'on appelle les pratiques cliniques préventives.

Ces deux approches française et québécoise ne sont pas contradictoires ou opposées. Nos interlocuteurs québécois sont des professionnels de santé publique, parmi lesquels les professionnels soignant sont très peu représentés. Ils sont dans une approche de continuum de service pour que le système prenne en charge à la fois la prévention, le soin et la réadaptation. Ils sont plus réticents à une approche par pathologie.

En France, nous sommes globalement dans la même optique mais les soignants cherchent à repérer exactement ce qu'on leur demande, et mettent en avant l'aspect vaccination et éducation thérapeutique du patient.

Il faut rester prudent si l'on essaie d'interpréter les différences entre ces 2 systèmes de soins car les Québécois n'ont pas réussi à mobiliser leur système de soins sur la prévention.

Les Canadiens et les Québécois ont catégorisé les examens médicaux périodiques de l'adulte en 6 grandes catégories :

- Pathologies cardio-vasculaires et respiratoires
- Cancers
- Maladies infectieuses
- Traumatismes
- Aspects psychosociaux
- Aspects dentaires

Ils ont ensuite classé en 4 critères ABCD.

A et B = données probantes bonnes ou acceptables

C = recherche nécessaire

D = pas de données probantes

Ils distinguaient également les éléments liés au déclaratif du patient (questionnaire, comportement), des éléments issus de l'examen clinique et de ceux liés aux examens complémentaires.

Au sujet du mandat de santé publique des vétérinaires, on observe des analogies avec les réseaux de veille sanitaire, mais sur l'aspect prévention, tout est plus compliqué (notion de responsabilité sur un territoire ou une patientèle au travers d'un mandat publique? Cela ne projette-t-il pas une image de « big brother »?). On pourrait peut-être explorer cette voie pour contourner les difficultés liées à la rémunération des consultations et des activités de prévention, mais en étant prudent sur la nature du « mandat de santé publique », qui ne peut être identique à celui des vétérinaires.

*D'après vous, faut-il cibler cette consultation en direction d'un public large et en bonne santé ou faut-il toucher prioritairement une population à risque, par exemple atteinte de maladie chronique?*

Tout dépend de ce que l'on attend d'une consultation de prévention, ainsi que des données probantes sur le sujet. Les Canadiens continuent à travailler sur l'examen médical périodique (document 2006 – Accord professionnel des médecins du Québec). Là-bas, ils passent en revue tous les examens périodiques possibles pour établir des recommandations sur le public visé, à savoir la population générale ou un public spécifique. Prioriser l'un ou l'autre dépend de ce que l'on attend d'une consultation de prévention en termes de santé publique et des données probantes sur le sujet.

*Est-ce que votre avis sur ces consultations s'appuie sur des référentiels ou la littérature (méta-analyse, evidence-based medicine...)?*

Nous devons appréhender l'aspect spécifique des consultations de prévention :

- Données probantes scientifiques (regarder du côté des Canadiens)
- Référentiels psycho-comportementaux (critères relationnels à prendre en compte, motivation des professionnels et patients...)
- Aspects organisationnels : articulations entre les médecins et les autres professionnels de santé, et modalités de suivi en aval.

Il y a une véritable nécessité de développer la recherche sur ce domaine-là, impliquant les médecins généralistes (d'autant plus qu'il faudra réfléchir à des moyens d'évaluation des dispositifs, pouvant constituer une base solide à la « revalorisation » des médecins généralistes).

*Lorsque l'on examine les dispositifs existants, en particulier en France, de multiples tranches d'âge sont priorisées.*

*D'après vous, s'il fallait en choisir deux ou trois, quelles seraient vos recommandations et sur quels arguments scientifiques vous appuieriez-vous?*

Cela dépend de ce que l'on propose :

Nous savons que les adolescents sont confrontés principalement à des problèmes de mal-être. Mais si l'on détecte quelque chose, qu'est-ce qu'on fait après ? Il ne suffit pas de détecter les problèmes si on ne dispose pas de dispositif efficace en aval.

La littérature devrait permettre de savoir ce qu'il serait utile de prioriser en terme de tranche d'âge et de contenu à rechercher.

*L'analyse des avis et des expériences actuelles montre qu'il y a deux tendances :*

- *certaines personnes sont plutôt favorables à des consultations dédiées, réalisées ou non par le médecin traitant.*
- *d'autres sont plus attachées au fait de s'appuyer fortement sur le médecin traitant qui assure lors de ses consultations habituelles un continuum de prévention tout au long de la vie.*

*Comment vous positionnez-vous par rapport à ces deux tendances ?*

La deuxième formule semble être la plus intéressante. Si on met l'accent sur le rôle du médecin traitant comme premier recours (globalement accepté par la population générale), on obtient quelque chose qui ressemble à une première idée de parcours de soins. Mais cela pose de nombreuses questions : qu'est-ce que les médecins traitants sont prêts à absorber ? Dans un contexte démographique tendu, nous demandons déjà aux médecins traitants de participer à toutes sortes de réseaux, « comme un entonnoir » situé à la porte d'entrée du système de soins. Ceci, étant donnée la situation, amène à réfléchir sur la délégation de tâches !

Le 2<sup>e</sup> point à éclaircir est l'articulation du médecin traitant avec les médecins salariés (médecin de PMI, santé scolaire, médecine préventive universitaire, médecin du travail,...).

Globalement, il vaudrait mieux que ce soit le médecin traitant qui soit responsabilisé sur ces consultations, s'il est capable d'absorber toutes ces missions. Mais qui dit consultation de prévention dit suivi. Le médecin traitant en est-il capable ? Peut-on lui donner les moyens nécessaires pour le faire ?

*Dans le cadre de la mise en place d'un suivi de prévention structuré autour du médecin traitant et de la médecine de ville, comment verriez-vous l'articulation, d'une part, avec la santé scolaire et universitaire, et d'autre part, avec la médecine du travail ?*

La seule possibilité serait d'aller au bout de la logique du médecin traitant. C'est la personne référente, en l'occurrence le médecin traitant, qui doit bénéficier d'éléments recueillis par les médecins salariés quand lui-même n'a pas le temps de le faire. Le professionnel de premier recours peut ne pas être, dans certains cas, le médecin traitant (exemple de l'adolescent qui se confierait au médecin de prévention en milieu scolaire). Les infirmières peuvent avoir leur place, et le médecin traitant en être le pivot.

Il faudrait éventuellement rediscuter les missions des médecins du travail et de santé scolaire, et assurément développer les aspects complémentaires entre médecin traitant et autres professionnels impliqués, car le médecin traitant seul ne peut pas assumer l'intégralité de la mission de prévention. La notion de réseau prend ici tout son sens.

*Comme vous le savez, l'Assurance maladie propose à ses bénéficiaires des bilans de santé suivant des modalités variables en fonction du régime d'appartenance. Qu'en pensez-vous et quelle articulation verriez-vous avec une future organisation des consultations de prévention ?*

On met en place des dispositifs en fonction de l'affiliation des personnes, mais il serait plus pertinent d'adopter une approche populationnelle.

Il n'y a pas vraiment à ma connaissance d'évaluation des dispositifs actuels de bilans de santé.

Nous connaissons des difficultés pour orienter vers la prévention et le soin les personnes précaires avec des problèmes particuliers (RMI, alcoolisme), ou les jeunes en centre d'insertion au travail. Les centres de santé n'y répondent que très partiellement, d'une part, en raison d'une disparité géographique (il n'y en a pas partout) et la population ciblée n'y adhère pas forcément (taux de participation ?).

Il faudrait s'assurer que toutes les personnes prises en charge dans un dispositif social (RMI, RSA, réinsertion sociale pour les jeunes...) bénéficient également d'une prise en charge sanitaire.

Comment ces personnes, les plus précaires et vulnérables, peuvent-elles avoir accès à une offre et un parcours dans le domaine de la santé, au sens général du terme ?

Les CES pourraient avoir un rôle de coordination auprès des médecins traitants mais vu qu'il n'y en a pas partout, cela créerait des inégalités de santé. Si l'on rajoutait d'autres structures, même complémentaires, cela compliquerait le système. Il faut réfléchir non pas à ce qu'on voudrait faire des CES, mais à la manière d'aborder la question de l'égalité d'accès au système de soins, et ainsi la place des CES.

*Dans l'avenir, l'organisation de la santé se fera de plus en plus dans le cadre de coopération entre professionnels de santé (médecins, infirmières...). Par ailleurs, dans beaucoup de pays, de nombreux actes de prévention sont réalisés par des paramédicaux.*

*Comment imagineriez-vous la place de ces derniers dans une future organisation des consultations de prévention ?*

Les médecins seuls ne seront pas capables de répondre à l'ensemble des éléments qu'on pourra leur donner (surtout les médecins traitants). Il faudrait développer la « délégation de tâche », quel que soit le nom qu'on lui donne, avec le médecin traitant en tant que coordinateur. Il faudra privilégier la notion d'équipe mais cela pourrait impliquer des infirmières salariées par le médecin ou sous autorité hiérarchique, mais le corps infirmier (syndicats infirmiers+++ ) est pour l'instant très réfractaire à ce système. Il faudrait réfléchir à un système de coopération, comme on peut l'observer avec les sages-femmes, pour mettre en avant la notion de pluridisciplinarité et de travail en équipe, sans que les infirmières ne perçoivent cela comme une forme de « mise sous tutelle » du médecin. Pour cela, la mise en place de diverses expérimentations peut s'avérer nécessaire.

*Dans le cadre des consultations de prévention, certains facteurs de risque sont dépistés. Ils nécessitent souvent une prise en charge non médicalisée, chronophage et spécialisée (diététique, addiction, activité physique...).*

*Comment verriez-vous l'articulation entre une future organisation des consultations de prévention et ces dispositifs d'aval relevant d'autres professionnels que les médecins ?*

On peut considérer qu'il existe deux modes d'adressage :

- la connaissance et l'observance d'un parcours de soin, en cas de problème plutôt d'ordre médical : ce n'est pas parce que le médecin traitant adressera le patient que ce dernier ira consulter. Cela peut soulever des problèmes d'inégalités territoriales. Exemple : en Haute-Normandie, à Pont-Audemer : quand une femme reçoit un courrier pour bénéficier d'une mammographie de dépistage, le délai est d'au moins 6 mois. On pourrait avoir le même problème dans le cadre des consultations de prévention (ex : consultation spécialisée d'ophtalmologie).

- mise en relation avec des associations de prévention, de soutien social, addictologie... : il faut les connaître et faire en sorte que le lien avec le patient le permette.

Il y a deux modalités à prendre en compte :

- Disposer de données probantes
- Développer des études sur l'aspect comportemental autour du patient.

*Une consultation de prévention repose sur un recueil d'informations, de préférence standardisé, qui devrait permettre de guider cette démarche, d'évaluer les facteurs de risque, d'assurer un suivi et de réaliser des exploitations épidémiologiques.*

*Comment imaginez-vous qu'un tel dispositif puisse être mis en place dans le contexte actuel d'outils informatisés variés (logiciel plan personnalisé de prévention, EsPer...), et d'un dossier médical personnel en devenir ?*

Nous pouvons faire l'analogie avec ce qu'on observe en cancérologie : l'aspect informatisation et logiciel est compliqué (ex. : DMP en panne). Il faudrait une approche du type « plan personnalisé de soins » pour un patient.

Nous avons affaire à une consultation « vers » le patient qui devrait aboutir à quelque chose qui serait remis au patient avec un exemplaire pour le médecin bien sûr, mais destiné en premier lieu au patient. Dans ce cadre, qui doit faire la maquette ?

*Les référentiels dans le champ de la prévention médicalisée sont peu nombreux et mal connus. Comment pensez-vous que cette situation puisse s'améliorer ? Quel pourrait être le rôle de la HAS et de l'Inpes ? Quelle place pourraient avoir les formations initiale et continue ?*

La HAS devrait élaborer les référentiels, à partir de données probantes. Ensuite, l'Inpes ou les ARS devraient développer les outils de mise en œuvre.

*Quelle stratégie pourrait-on imaginer afin de passer de la situation actuelle (dispositif peu organisé et inefficace de la prévention en médecine ambulatoire) à une organisation plus structurée, répondant à des critères de qualité et permettant un accès plus universel aux publics concernés ?*

Il faudrait mener une réflexion sur les CES : répartition géographique, missions... Il semble y avoir un véritable poids historique qui n'a pas vraiment évolué avec son temps... Plus globalement, la stratégie devrait comporter au moins trois aspects concomitants :

- mieux cibler ce qu'on attend du système de soins de premier recours, et notamment du médecin traitant,
- définir un « panier de services préventifs » qui soit adapté à des populations cibles, et qui soit lié à une continuité de services, y compris en aval (suivi post-dépistage),
- élaborer une réponse organisationnelle sur une base territoriale (aire de santé ou territoire de santé), tenant compte des structures et services en place, ou à développer.

Entretien  
Consultation de prévention  
**Jean-Pierre DESCHAMPS,**  
Professeur de santé publique honoraire,  
ancien directeur du Centre de médecine préventive de Vandoeuvre-lès-Nancy

*Quel est votre avis sur l'intérêt d'une consultation de prévention ?*

Nous pouvons en discuter sur le plan théorique, mais en pratique, j'y suis assez réticent. Je ne pense pas qu'on puisse continuer à réformer le système français par petites touches, en ajoutant ici une consultation pour personnes âgées, là une consultation pour les ados, ensuite pour les adultes... ou par approche thématique (dépistage, éducation à la santé, suivi...). Je ne pense pas que l'on puisse mettre en place des consultations de prévention en médecine générale tant que la formation et les modes d'exercice et de financement des généralistes sont ce qu'ils sont. Il faut remettre sur la table l'ensemble des soins primaires ambulatoires. Les consultations de prévention sont trop onéreuses pour ne pas envisager de résoudre d'abord d'autres problèmes de santé publique ou éthiques, comme l'accès aux soins des personnes en difficulté, la diminution des dépenses de soins non remboursées (franchise, ticket modérateur...) d'autant plus que nous n'avons que peu de données sur l'impact de telles consultations.

En admettant que cela se passe dans un cadre beaucoup plus global de refonte du système de soins ambulatoires, la mise en place de consultations de prévention serait très intéressante. Il faut un cadre structuré pour que ça marche bien, du type maison médicale, association, l'expérimentation Asalée... où on expérimente de nouveaux modes de pratique en médecine générale.

*D'après vous, faut-il cibler cette consultation en direction d'un public large et en bonne santé ou faut-il toucher prioritairement une population à risque, par exemple atteinte de maladie chronique ?*

Si l'on entend par population à risque les personnes en situation de précarité par exemple, je n'y suis pas favorable. De plus, le caractère obligatoire serait dissuasif pour la population. Il faut que ce soit un système basé sur le volontariat.

Si l'on parle de pathologies chroniques, je renvoie au rôle du médecin généraliste, qui voit normalement ses patients très régulièrement et les connaît bien.

Faire une consultation dédiée pour que le médecin fasse ce qu'il devrait faire dans le cadre de son exercice quotidien pointerait la prévention comme une mission supplémentaire et non comme une fonction fondamentale du généraliste dans l'exercice normal de son activité. Il vaudrait mieux investir dans la formation des médecins généralistes que financer des consultations de prévention. C'est un vrai paradoxe : ces patients malades chroniques sont pris en charge à 100%, et voient pour cela régulièrement leur médecin généraliste en plus, normalement, d'un suivi par un spécialiste. Le rôle du généraliste est d'être le pivot entre ce qui se rattache à l'ALD et les autres aspects de la santé.

Mettre en place des consultations de prévention par le médecin généraliste serait d'ailleurs complètement contre-productif : on fait peu de prévention si on a 1/4h, 20 min !!! Et ensuite, ce sera le tour des consultations d'éducation thérapeutique ? Cela doit faire partie de l'exercice normal, quotidien du médecin traitant.

*Est-ce que votre avis sur ces consultations s'appuie sur des référentiels ou la littérature (méta-analyse, evidence-based medicine...) ?*

Je dispose de peu d'éléments types revues de littérature, méta-analyse.

La référence principale est ce que font les professionnels de santé publique au Québec, comme les examens médicaux périodiques. Les Québécois, sur la base d'études qu'ils ont pu mener, ont eu un regard très critique sur le sujet avant de changer d'avis et d'élaborer des référentiels et guidelines.

*Lorsque l'on examine les dispositifs existants, en particulier en France, de multiples tranches d'âge sont priorisées.*

*D'après vous, s'il fallait en choisir deux ou trois, quelles seraient vos recommandations et sur quels arguments scientifiques vous appuyeriez-vous?*

Tout dépend de l'objectif qu'on se fixe.

Dans une approche de dépistage, il faut des consultations rapprochées (cf Rapport de M. Ménard) : si l'on dit « consultation de prévention à 70 ans », que se passe-t-il pour la personne qui manifeste des signes à 71 ans ? Pour du dépistage, il faut un schéma du type examen de santé de l'Assurance maladie.

Les adolescents peuvent être une classe d'âge intéressante, mais en pratique, la mise en place est assez difficile et il vaudrait mieux revoir la formation du généraliste.

La seule consultation qui me paraisse acceptable serait une consultation de prévention post-professionnelle, au moment du départ en retraite, pour faire suite à la médecine du travail, à des âges où l'état de santé évolue et doit être surveillé.

*L'analyse des avis et des expériences actuelles montre qu'il y a deux tendances :*

- *certaines personnes sont plutôt favorables à des consultations dédiées, réalisées ou non par le médecin traitant.*
- *d'autres sont plus attachées au fait de s'appuyer fortement sur le médecin traitant qui assure lors de ses consultations habituelles un continuum de prévention tout au long de la vie.*

*Comment vous positionnez-vous par rapport à ces deux tendances ?*

Je me positionne clairement en faveur de la stratégie soutenue par l'Assurance maladie, consistant à intégrer au suivi par le généraliste des prestations de prévention, contrairement à l'autre approche que l'on pourrait qualifier de stratégie de saupoudrage.

*Dans le cadre de la mise en place d'un suivi de prévention structuré autour du médecin traitant et de la médecine de ville, comment verriez-vous l'articulation, d'une part, avec la santé scolaire et universitaire, et d'autre part, avec la médecine du travail ?*

Il ne faut pas remettre en cause des systèmes fonctionnant sur une base de consultations périodiques, comme la PMI. Si certains examens systématiques de l'enfance ne sont plus nécessaires, d'autres constituent un recueil d'informations quasi-indispensable.

Il faudrait redéfinir les champs d'intervention de la médecine scolaire au vu du rôle du médecin traitant, car celle-ci a une place centrale dans la prise en charge des enfants et adolescents. La santé scolaire est dans la logique d'une action concertée avec les enseignants, ce qui est différent de ce qu'on peut attendre du médecin généraliste.

Le problème est la transmission d'informations entre les uns et les autres. Les difficultés sont d'ordre déontologique et éthique, sauf pour les examens obligatoires de la naissance, à 24 mois qui sont encadrés par la loi. Il est normal que si un enfant est malade, les parents puissent informer le médecin scolaire ou l'infirmière de l'établissement.

Mais il faut garder à l'esprit qu'il relève de la responsabilité des parents d'avoir une vision globale de la santé de l'enfant. Dans ce sens, le lien médecine de prévention scolaire et médecin traitant doit se faire par eux.

Dans le domaine de la médecine du travail, il faudrait améliorer aussi la coordination entre médecin traitant et médecine du travail, notamment pour des questions d'incapacités au travail, de reclassement professionnel. Mais, là encore, c'est au patient d'être responsable et il faut lui donner les moyens de faire le lien entre médecine du travail et médecin traitant.

*Comme vous le savez, l'Assurance maladie propose à ses bénéficiaires des bilans de santé suivant des modalités variables en fonction du régime d'appartenance. Qu'en pensez-vous et quelle articulation verriez-vous avec une future organisation des consultations de prévention ?*

La MSA propose une formule de suivi d'examens périodiques impliquant le médecin traitant qui fonctionne bien, mais cela est essentiellement dû au caractère mutualiste de leur système : aspect militant des assurés comme des acteurs, tout se passe au niveau local. Il existe une proximité dans tous les sens du terme, mais cela n'est pas possible pour le régime général !

Par ailleurs, on sait très bien que ce sont les personnes non vues qui présentent le plus de problèmes.

Le régime général s'est orienté vers les publics précaires. Cependant je reste critique car seuls 5% de la population bénéficient d'examen de santé dans les centres d'examen de santé du régime général de l'Assurance maladie ! Il faudrait revoir le système actuel, mener une évaluation pour faire évoluer l'organisation des examens de santé et des centres d'examen de santé qui semblent figés.

A Vandoeuvre, quand il y avait un lien, un pont avec les structures locales d'insertion (missions locales et associations d'insertion), les jeunes venaient volontairement se faire examiner par nos services, alors qu'ils ne pouvaient s'adresser ni à la médecine du travail, ni au médecin généraliste, ni à la médecine scolaire. Ces jeunes venaient avec un certain plaisir, ils reprenaient goût à soigner leur apparence et leur santé. Pour les adultes, cela fonctionne s'il existe une organisation structurée, capable de prendre immédiatement le relais (exemple à Paris de la Smerep, d'Aix-en-Provence...).

*Dans l'avenir, l'organisation de la santé se fera de plus en plus dans le cadre de coopération entre professionnels de santé (médecins, infirmières...). Par ailleurs, dans beaucoup de pays, de nombreux actes de prévention sont réalisés par des paramédicaux.*

*Comment imagineriez-vous la place de ces derniers dans une future organisation des consultations de prévention ?*

Il faut explorer ce domaine et suivre les orientations du rapport Berland.

Au début des années 70, la Suède avait mis en place des examens de l'enfant de 4 ans. Ils avaient comparé l'efficacité de l'examen en terme de dépistage de troubles, éducation pour la santé, information des parents et satisfaction des parents, selon que l'examen était pratiqué par un médecin ou une infirmière. Il se trouve que les infirmières obtenaient de meilleurs résultats.

Tout ne peut pas leur être confié, mais il faut réfléchir à des modes de coopération structurée et étroite entre les infirmières et les médecins.

*Dans le cadre des consultations de prévention, certains facteurs de risque sont dépistés. Ils nécessitent souvent une prise en charge non médicalisée, chronophage et spécialisée (diététique, addiction, activité physique...).*

*Comment verriez-vous l'articulation entre une future organisation des consultations de prévention et ces dispositifs d'aval relevant d'autres professionnels que les médecins ?*

Il existe énormément de ressources dans le domaine associatif, que les médecins ne connaissent pas. Aujourd'hui, les généralistes sont par définition des référents, des pivots avec une mission d'orientation autour desquels gravitent d'autres compétences, pas exclusivement médicales.

A une époque, nous organisons à l'Ecole de santé publique de Nancy des enseignements destinés aux étudiants de 3<sup>e</sup> cycle en médecine générale, dans les Codes, pour qu'ils puissent identifier tous les acteurs qui pourraient les aider dans des situations où ils seraient limités eux-mêmes (consultations anti-tabac, associations de remise en forme...).

A l'heure actuelle, il n'y a pas de lien entre les médecins traitants et les autres acteurs du système de prise en charge. Etablir des ponts entre ces deux mondes complètement distants s'inscrit complètement dans la promotion de la santé, et permettrait au passage de revaloriser le travail de ces acteurs qui demeurent méconnus en prenant garde cependant à ne pas officialiser des pratiques de santé .qui relèveraient du charlatanisme.

*Une consultation de prévention repose sur un recueil d'informations, de préférence standardisé, qui devrait permettre de guider cette démarche, d'évaluer les facteurs de risque, d'assurer un suivi et de réaliser des exploitations épidémiologiques.*

*Comment imaginez-vous qu'un tel dispositif puisse être mis en place dans le contexte actuel d'outils informatisés variés (logiciel plan personnalisé de prévention, EsPer...), et d'un dossier médical personnel en devenir ?*

L'outil de travail s'imposera de lui-même si le système est adéquat.

Depuis 30 ans, nous savons évaluer le risque cardio-vasculaire d'un patient sans outil informatique et cela fonctionne très bien. Développer des logiciels calculant des risques ne me paraît pas être une priorité. Le problème qui pourrait se poser est celui de la remontée d'informations, car les données recueillies peuvent permettre d'engager des travaux de recherche épidémiologiques intéressants.

Mais, en terme de priorités, sans doute vaudrait-il mieux constituer des bases de données, indiquant au médecin les ressources existant dans le tissu social environnant.

*Les référentiels dans le champ de la prévention médicalisée sont peu nombreux et mal connus.*

*Comment pensez-vous que cette situation puisse s'améliorer ? Quel pourrait être le rôle de la HAS et de l'Inpes ? Quelle place pourraient avoir les formations initiale et continue ?*

Il faut associer les associations médicales, les usagers surtout, ainsi que des personnes disposant d'une expertise prouvée en la matière dans les structures organisatrices nationales. Ces procédures ne doivent pas être réservées aux professionnels uniquement.

*Quelle stratégie pourrait-on imaginer afin de passer de la situation actuelle (dispositif peu organisé et inefficace de la prévention en médecine ambulatoire) à une organisation plus structurée, répondant à des critères de qualité et permettant un accès plus universel aux publics concernés ?*

Je ne suis pas très optimiste par rapport à la loi HPST. La prévention y est quasiment inexistante et mal formulée. Le projet de loi ne mentionne même pas des associations de santé hors associations de patients (ex. : Codes). L'idée de politique territoriale de santé, de conférence territoriale de santé est pourtant excellente, mais les possibilités n'en sont pas exploitées et il y a à l'évidence une carence de culture de santé publique chez les personnes qui ont rédigé la loi.

Entretien  
Consultation de prévention  
**André FLAJOLET**, député du Pas-de-Calais,  
auteur d'un rapport sur l'organisation de la santé et la prévention

*Quel est votre avis sur l'intérêt d'une consultation de prévention ?*

Par rapport à la loi HPST, le ministère n'a pas pris la dimension de ce que peut représenter la prévention à 2 niveaux :

1. Le nécessaire maintien de son patrimoine santé
2. La possibilité de faire des économies non négligeables en anticipant un certain nombre de comportements dits déviants.

La consultation de prévention devrait être généralisée autour de 2 axes majeurs :

1. Les circonstances de la vie de l'individu dans un monde social qui lui est propre (monde professionnel, de l'école...)
2. Décrypter la situation comportementale de l'individu en tant que telle et connaître les antécédents familiaux.

On est toujours issu de quelque part, et ce quelque part est indispensable pour pouvoir porter une appréciation à la fois ciblée, objective, intelligente et productive.

*D'après vous, faut-il cibler cette consultation en direction d'un public large et en bonne santé ou faut-il toucher prioritairement une population à risque, par exemple atteinte de maladie chronique?*

On pose cette question avec un regard davantage économique que de santé publique.

En Nord-Pas-de-Calais, à l'intérieur des établissements scolaires, les consultations « tout-venant » ont constitué une réussite intéressante voire inattendue par rapport à une prévention ciblée sur des élèves considérés comme à risque. En fait, ne pas faire de prévention « générale » serait oublier que nos propres panels ne sont pas justifiés sur le fond et qu'ils restent inadéquats. C'est pourquoi une prévention généralisée de premier niveau est indispensable avant de sérier sur les maladies chroniques par exemple, sachant que ces dernières présentent de nombreux points communs dans leur prise en charge.

*Est-ce que votre avis sur ces consultations s'appuie sur des référentiels ou la littérature (méta-analyse, evidence-based medicine...) ?*

Il y a deux niveaux de réponses :

- Y a-t-il déjà eu de façon concrète et évaluable une vraie politique de prévention sur le terrain, sur des panels de population suffisamment significatifs pour pouvoir tirer des conclusions ? Non, il n'existe pas, à ma connaissance, d'expérimentations grande nature : il est donc difficile de tirer des conclusions sur des concepts de politiques de prévention qui n'ont jamais été menés réellement et n'ont en tout cas pas fait l'objet d'une évaluation scientifique.

- Dans la prévention, il y a à la fois un message direct et un message différé :

- Le message direct, c'est faire en sorte que lors des consultations de prévention, soit à la fois une prise de conscience réciproque du médecin au sujet de la personne qui se trouve devant lui, et par l'individu que ce patrimoine santé nécessite un certain nombre de comportements, de maintien de comportements ou de nouveaux comportements à acquérir.

- Il existe aussi un message différé dans la conscience de l'individu, qui peut se rendre compte qu'il a entre ses mains un patrimoine santé qui peut être relativement variable en fonction des choix de vie qu'il fait.

Il y a donc des choix forts à faire en matière de prévention.

*Lorsque l'on examine les dispositifs existants, en particulier en France, de multiples tranches d'âge sont priorisées.*

*D'après vous, s'il fallait en choisir deux ou trois, quelles seraient vos recommandations et sur quels arguments scientifiques vous appuyeriez-vous?*

Il semble que l'une des périodes « les plus risquées » soit la tranche d'âge des 16-23 ans, où il n'y a pas de politique médicale de prévention pour les jeunes, notamment lycéens et étudiants. Il eut été pertinent de profiter de la garantie du sport pour mettre en place une véritable visite de prévention. Mais cela implique deux notions, notamment de la part des médecins, que sont la motivation et le volontariat, afin de mettre en place des dispositifs de dépistage de qualité, et qui s'intéressent également à la dimension psychologique (relations avec autrui).

Les plus jeunes enfants à l'âge d'aller en maternelle et en primaire sont également une population de choix: différents problèmes d'audition, de vision et d'orthodontie peuvent se manifester sans pour autant faire l'objet de diagnostic médical; ils sont de ce fait considérés comme mauvais élèves, alors qu'il n'y a simplement pas eu de dépistage structuré (et encore moins évalué) de ces troubles suffisamment tôt.

Dossiers de PMI: accumulation de savoirs notamment pour enfance difficile mais pas de suivi médical, sociologique et psychologique

Les jeunes seniors ou personnes en transition post-professionnelle peuvent aussi représenter une tranche d'âge intéressante, non seulement pour la santé physique mais aussi psychologique en cette période de rupture où apparaissent des modifications comportementales majeures, en terme de changements de rythme de vie, dans la vie relationnelle, de consommation alimentaire... Ainsi chaque « sortie » d'une activité professionnelle devrait être accompagnée d'une sorte de bilan préretraite qui permettrait de définir chez les uns et les autres quelques marqueurs d'anticipation et d'agir précocement sur ceux-ci en délivrant quelques conseils comportementaux plutôt que de soigner ensuite, de façon curative. Ce dispositif serait encore plus pertinent avant le départ en retraite.

Il faut donc axer les priorités aux moments de rupture (entrée dans le système scolaire / universitaire ou passage en retraite).

*L'analyse des avis et des expériences actuelles montre qu'il y a deux tendances :*

- *certaines personnes sont plutôt favorables à des consultations dédiées, réalisées ou non par le médecin traitant.*
- *d'autres sont plus attachées au fait de s'appuyer fortement sur le médecin traitant qui assure lors de ses consultations habituelles un continuum de prévention tout au long de la vie.*

*Comment vous positionnez-vous par rapport à ces deux tendances ?*

L'une et l'autre de ces tendances sont appropriées.

Les consultations de prévention « institutionnelles » sont des moments forts pour le patient, car on fait l'état des lieux d'un certain nombre d'indicateurs de sa santé, de nature physique, chimique, mais aussi mental. A ce moment, se manifestent des peurs relatives à l'espérance de vie, aux maladies sexuellement transmissibles...

A ce dispositif se superposent des « piqûres de rappel » que sont le médecin traitant, sous réserve qu'il intègre les conclusions des grands moments de prévention dans son propre comportement de soignant par rapport à un soigné. Or, la structure de la prévention n'est pas nécessairement l'apanage du médecin traitant qui raisonne davantage devant un problème que devant un patient (exemple : réflexe de surveiller la fréquence des frottis cervico-vaginaux). Il s'agit ici de la « prévention du quotidien » : il faut maintenir la notion de moments forts, qui peuvent être plus nombreux pour une certaine patientèle que pour d'autres (exemple de l'ouvrier qui travaille au marteau-piqueur par rapport à un distributeur de courrier dans une administration).

*Dans le cadre de la mise en place d'un suivi de prévention structuré autour du médecin traitant et de la médecine de ville, comment verriez-vous l'articulation, d'une part, avec la santé scolaire et universitaire, et d'autre part, avec la médecine du travail ?*

La médecine scolaire et la médecine du travail sont les tiroirs absolument indispensables à la fois du système de soins et de prévention de l'individu ; mais y a-t-il une commode ? Nous nous retrouvons devant les problèmes liés au dossier médical de transversalité et d'accès aux connaissances sur la réalité d'un patient. Toute une série d'actes répétitifs plombent le coût du système alors qu'il existe de nombreux outils informatisés qui permettent des accès différenciés à la connaissance globale d'un individu et à son dossier médical.

L'exploitation des informations et leur circulation pose problème. Le médecin scolaire ne sait pas ce qu'a fait le médecin de famille et inversement. Il est pourtant important qu'ils partagent leurs informations. Nous nous situons ici devant un vrai problème culturel lié à la segmentation des activités et l'absence de transversalité et d'exploitation de l'information. Modifier les comportements et les mentalités ne pourra se faire du jour au lendemain.

Il est peut-être nécessaire aussi que le monde des médecins ne soit pas exclu d'une activité de service public. Chaque médecin doit pouvoir donner, s'il le souhaite, un peu de son temps en médecine scolaire ou du travail sans que cela soit considéré comme dégradant ou qu'il considère s'insérer dans un domaine qui n'est pas le sien. Différentes explications peuvent être avancées : le poids de l'histoire, des habitudes, et le fait qu'on soit dans un système de médecin de famille individuel. J'insiste sur l'importance de communautés de santé : sous un même toit, plusieurs disciplines qui travaillent ensemble, qui partagent, pour faire à la fois du soin, de la prévention, de la réparation. Il faut partager un projet de santé à la fois public et individuel sur un territoire donné. Cela relève autant du rêve que de la nécessité. Nous avons dans le projet de loi intérêt à regarder :

- d'une part, la définition effective des tâches allouées aux uns et aux autres (médicaux mais aussi paramédicaux !)
- d'autre part, l'existence d'un problème de statut qui empêche certains d'accéder au travail partiel ou certains types d'activités enfin, l'impossibilité de transversalité (exemple des médecins hospitaliers) sur des territoires de soins.

Nous devons regarder en face les différents problèmes sur certains territoires : le système a un coût, l'Assurance maladie est l'outil de la volonté politique des soignants et des aménageurs du territoire à travers les ARS, qui devraient d'ailleurs s'appeler Autorités et non Agences.

*Comme vous le savez, l'Assurance maladie propose à ses bénéficiaires des bilans de santé suivant des modalités variables en fonction du régime d'appartenance. Qu'en pensez-vous et quelle articulation verriez-vous avec une future organisation des consultations de prévention ?*

A la MSA ou le RSI, les populations sont maîtrisables quantitativement. Ce qui rend les choses beaucoup plus faciles que pour le régime général, où l'on peut avoir côte à côte une consultation

de prévention et un bilan de santé sans que rien ne fasse le lien entre ces 2 événements. Il faut rester dans une logique de partenariat, transversalité et accès au savoir. Les bilans faits en entreprises ne sont pas transmis ni même souvent transmissibles entre les entreprises elles-mêmes. Il y a donc une perte de savoir, un manque d'exploitation de ces savoirs qui peuvent s'avérer être un véritable handicap structurel pour le patient potentiel.

*Dans l'avenir, l'organisation de la santé se fera de plus en plus dans le cadre de coopération entre professionnels de santé (médecins, infirmières...). Par ailleurs, dans beaucoup de pays, de nombreux actes de prévention sont réalisés par des paramédicaux. Comment imagineriez-vous la place de ces derniers dans une future organisation des consultations de prévention ?*

Les délégations de tâches vont immédiatement poser le problème de la responsabilité juridique. Les uns vont avoir l'impression d'avoir reçu une mission sans les avoir toutes reçues, les autres auront l'impression de s'être amputés d'une certaine partie de leurs missions tout en gardant la responsabilité juridique. Cela ne me semble donc pas être le bon chemin.

Une alternative serait la création de nouveaux métiers. En saisissant l'opportunité de la réforme LMD, nous pourrions créer de nouveaux acteurs de santé comme des éducateurs médico-sportifs... Tout cela est à réfléchir avec les médecins, pour montrer qu'il y a des partenaires à l'acte médical porté par le médecin, et que la prévention comme le soin peuvent être faits par des gens qui ne sont pas essentiellement issus de la filière médecine. Exemples : dans le monde des prisons et des SDF, des équipes d'infirmiers psychiatriques ayant validé de nombreuses années d'expérience, seraient très utiles non pas pour remplacer des médecins déficients (en compétence ou en nombre), mais pour assumer une tâche de lien social, d'évaluation psychologique et relationnelle ou de blocage comportemental chez toutes ces personnes. Ces infirmiers spécialisés, qui pourront comprendre qu'à un moment donné il faut passer le relais, sauront se tourner vers l'étape différente qu'est le psychiatre. De même, une expérience a lieu pour la lecture des fonds d'œil. Les clichés sont lus par des personnes formées, qui ne transmettent à un médecin référent que ceux qui sont douteux. Notre médecine est trop refermée sur elle-même. Il faut savoir élargir le champ de compétences de certains acteurs, voire en créer de nouveaux.

*Dans le cadre des consultations de prévention, certains facteurs de risque sont dépistés. Ils nécessitent souvent une prise en charge non médicalisée, chronophage et spécialisée (diététique, addiction, activité physique...).*  
*Comment verriez-vous l'articulation entre une future organisation des consultations de prévention et ces dispositifs d'aval relevant d'autres professionnels que les médecins ?*

L'ARS sera-t-elle capable de donner du sens, du corps, de la lisibilité et de la durabilité au GRSP même si ce dernier a un autre nom? Quand l'Etat dit « il y a 103 objectifs de santé publique », cela veut dire qu'il est incapable de dire s'il y a des objectifs réels de santé publique. L'Etat, dans sa fonction régaliennne, doit avoir quelques lignes de force majeures qui sont des objectifs à partager sur l'ensemble du territoire national, mais les ARS, en lien avec les régions, doivent décliner à l'échelle régionale ou infrarégionale certains objectifs de santé. Pour cela, il faut qu'il y ait durabilité, structuration et méthodologie des collègues qui sont autour de ce travail. Ceux-ci doivent être associatifs, mais aussi membres des soignants et membres des collectivités territoriales. Il faut professionnaliser les associations en leur donnant une légitimité dans le temps. Enfin, il faut introduire la réalité environnementale comme étant un facteur d'épanouissement ou d'aggravation de handicaps structurels pour un certain nombre d'individus.

*Une consultation de prévention repose sur un recueil d'informations, de préférence standardisé, qui devrait permettre de guider cette démarche, d'évaluer les facteurs de risque, d'assurer un suivi et de réaliser des exploitations épidémiologiques.*

*Comment imaginez-vous qu'un tel dispositif puisse être mis en place dans le contexte actuel d'outils informatisés variés (logiciel plan personnalisé de prévention, EsPer...), et d'un dossier médical personnel en devenir ?*

Nous sommes partis d'une énorme ambition sans mesurer la difficulté de la tâche concernant le dossier médical personnel. Il y a une thrombose du système avec impossibilité de faire passer l'information d'un système à un autre en raison de l'incompatibilité de certains logiciels. Par exemple, en médecine du travail, lorsqu'un salarié change d'entreprise, il faut souvent repartir de zéro car on ne peut pas transmettre l'information. Il existe pourtant des spécialistes dans les différents ministères qui pourraient mettre en place des logiciels compatibles. Il y a une réelle nécessité de mettre en œuvre une culture d'exploitation et de transversalité des savoirs.

Si l'on fait des communautés de santé, quand le patient sort, il ira à la pharmacie à côté. Il faut donc que l'ordonnance du patient soit transmise de la pharmacie du territoire d'origine au titre même du maintien du maillage territorial.

*Les référentiels dans le champ de la prévention médicalisée sont peu nombreux et mal connus.*

*Comment pensez-vous que cette situation puisse s'améliorer ? Quel pourrait être le rôle de la HAS et de l'Inpes ? Quelle place pourraient avoir les formations initiale et continue ?*

Si on parle de prévention en terme de santé publique, un certain nombre de structures peuvent établir des référentiels. Il faudrait un partenariat entre les 2 ou 3 grands schémas mis en place pour faire en sorte qu'il y ait non pas un dossier référent 100%, mais au moins une plateforme commune minimale représentant la majeure partie de ce que doit être la visite de prévention, le reste pouvant être variable en fonction de la relation entre le médecin traitant et la personne qu'il reçoit. Il n'y a peut-être pas d'identité unique de ce que doit représenter la consultation de prévention, mais il n'y a en tout cas pas de tronc commun existant à l'heure actuelle. La crédibilité de la prévention en prend donc un coup. La résistance du médecin à entrer dans le schéma de prévention en prend un coup. Et du côté de l'assurance maladie, il est difficile d'imaginer de payer correctement une demi-heure de visite de prévention. L'intervention doit donc être complètement professionnalisée. Cela ne veut pas dire exclure le monde associatif, qui est un véritable moteur de sensibilisation, et qui doit trouver sa place.

*Quelle stratégie pourrait-on imaginer afin de passer de la situation actuelle (dispositif peu organisé et inefficace de la prévention en médecine ambulatoire) à une organisation plus structurée, répondant à des critères de qualité et permettant un accès plus universel aux publics concernés ?*

Dans le futur texte de loi, on parle très peu des territoires médicosociaux, qui sont pourtant indispensables à considérer, professionnaliser et diversifier. Il faut élargir le texte de loi avec quelques articles forts pour mettre en avant l'importance de la notion de territoire, des communautés de santé, du médico-social, des HAD et des soins palliatifs à domicile...

Le texte de loi se montre décevant par rapport à une conception de la prévention dans le schéma sociétal. La prévention est une affaire qui se passe avant l'acte de soins, mais c'est surtout quelque chose qui a besoin de la déférence des acteurs de soins. La prévention appartient à la société toute entière, éclairée par les « sachant », à savoir le groupe médical, mais celui-ci n'a pas encore bien compris que la prévention est pour lui un facteur clé de la compréhension de l'histoire de ses propres patients !

Entretien  
Consultation de prévention  
**Hubert ALLEMAND**, professeur de santé publique,  
Médecin conseil national de la CNAMTS

*Quel est votre avis sur l'intérêt d'une consultation de prévention ?*

Au sujet des consultations de prévention proprement dites, une action de santé publique de ce type ne marche que si elle est programmée, ce qui fait défaut à l'heure actuelle. On pourrait s'attarder très longtemps sur la phase de réflexion, mais il serait peut-être temps de se doter de dispositifs opérationnels. Derrière les effets d'annonce, il faut trouver les bons acteurs pour réussir ces opérations, ce qui n'a rien d'évident. Nous avons un exemple spécifique : l'hygiène buccodentaire chez les enfants. Nous avons mis en place des expérimentations, y compris une généralisation, mais l'exercice s'est avéré difficile. Il n'est pas aisé de contacter les 6-9-12-15-18 ans de manière ciblée et de les faire participer à la démarche de prévention. Nous avons relancé un dispositif qui semble satisfaisant mais qui est lourd en terme de management, de gestion de fichiers, de suivi, de communication, de coordination... Pourtant, l'hygiène buccodentaire est un champ assez restreint qui ne doit pas être le plus difficile à appréhender.

La mise en place de consultations de prévention est un art difficile !

*D'après vous, faut-il cibler cette consultation en direction d'un public large et en bonne santé ou faut-il toucher prioritairement une population à risque, par exemple atteinte de maladie chronique?*

Les actions de prévention sur les malades chroniques font l'objet d'un dispositif actuellement en bonne voie. Nous pouvons aujourd'hui mener des actions spécifiques à destination de ces patients, du moment que nous le décidons.

*Est-ce que votre avis sur ces consultations s'appuie sur des référentiels ou la littérature (méta-analyse, evidence-based medicine...)?*

A ma connaissance, il n'existe pas de données totalement concluantes dans la littérature.

*Lorsque l'on examine les dispositifs existants, en particulier en France, de multiples tranches d'âge sont priorisées.*

*D'après vous, s'il fallait en choisir deux ou trois, quelles seraient vos recommandations et sur quels arguments scientifiques vous appuyeriez-vous?*

Je ne crois pas vraiment à la consultation ponctuelle. Ce qui compte, c'est le suivi. Donc l'enjeu est de mettre les usagers en lien avec un médecin qui va se sentir responsable, avec eux, de ce suivi, même si ce n'est pas lui qui le met en œuvre. Ce médecin doit être responsabilisé sur ce champ de santé publique. Le dispositif actuel du médecin traitant s'inscrit d'ailleurs dans ce cadre. S'il fallait choisir une tranche d'âge, je retiendrais les 16-18 ans, plus ou moins 2 ans. Je pense qu'un suivi relatif existe jusqu'à cet âge, même s'il tend à s'estomper vers 12-13 ans. La tranche d'âge des 16-18 ans correspond au moment où l'adolescent devient adulte et quitte la sphère médicale qui lui avait été proposée par ses parents, et où il peut avoir envie de parler de ses problèmes à une personne neutre, inconnue de sa famille (que ce soit pour des problèmes de santé mentale, de contraception...). Il apparaît pertinent de mettre ces personnes-là en lien avec un médecin avec lequel ils pourront entrer en contact, éventuellement à la demande. Il s'agirait en fait d'une consultation de découverte d'un médecin avec qui on se sent à l'aise, et que l'on pourra consulter quand la situation est difficile (ce qui est facilement le cas à cet âge-là, avec des

problèmes d'image corporelle...). Etre en confiance avec un médecin compte beaucoup à cette période de la vie, où l'on se situe dans un « entre-deux ». De plus, contrairement au reste de la population qui peut être amenée à consulter un médecin régulièrement, cette tranche d'âge est relativement peu atteinte de pathologies. Cela peut donc constituer le moment propice pour mettre en place des consultations de prévention.

Enfin, c'est l'âge où l'on doit choisir son médecin traitant, avec lequel on doit développer une relation particulière de confiance.

*L'analyse des avis et des expériences actuelles montre qu'il y a deux tendances :*

- *certaines personnes sont plutôt favorables à des consultations dédiées, réalisées ou non par le médecin traitant.*
- *d'autres sont plus attachées au fait de s'appuyer fortement sur le médecin traitant qui assure lors de ses consultations habituelles un continuum de prévention tout au long de la vie.*

*Comment vous positionnez-vous par rapport à ces deux tendances ?*

La deuxième approche est la plus pertinente. Le médecin dans ce cadre pourra proposer une démarche programmée (ce qui introduit la notion de suivi), mais aussi se sentir responsabilisé vis-à-vis des personnes qui se seront confiées à lui. Les experts doivent définir des recommandations efficaces et adaptées selon les pathologies, les âges, les contextes particuliers. Cette approche permet de plus de toucher l'ensemble de la population, et pas seulement les personnes intéressées. Le médecin traitant est en effet responsabilisé sur l'ensemble de sa population, qu'elle soit plus ou moins aisée ou en situation de fragilité.

Les consultations dédiées sont peu concluantes pour l'instant.

L'organisation a une place primordiale. Tout le monde veut bien faire de la prévention, mais comment ? Le contrat d'amélioration de pratique individuelle (CAPI) introduit des activités de prévention et de suivi des pathologies chroniques sur la patientèle du médecin. Cette proposition de contrat confère au médecin traitant une véritable activité de santé publique sur sa population. De plus, nous avons la possibilité d'accompagner le médecin par un retour sur son activité à partir d'indicateurs prédéfinis, lesquels peuvent être mis en ligne en toute lisibilité.

Nous avons déjà des résultats et la démonstration d'une performance et d'une faisabilité très prototypique avec l'exemple de la vaccination antigrippale. Nous avons nettement progressé en matière de retour d'information, ainsi, à mi-campagne, nous renvoyons un message au médecin traitant pour lui signaler les patients n'ayant pas encore été vaccinés. Par ailleurs, une expérimentation sur le dépistage du cancer du sein est en cours et une action de prévention ciblée du risque cardio-vasculaire va être lancée chez les personnes à risque élevé et dans la population générale.

Demain, si nous en avons l'autorisation, nous serons donc en mesure d'envoyer au médecin traitant, s'il le souhaite, un tableau de bord de sa patientèle, sur les grands domaines d'action de prévention que l'on veut réussir dans ce pays. Cela ne passe pas par une consultation définie ou dédiée, mais par un continuum à la main du couple patient - médecin traitant et des professionnels de santé coordonnés avec lui en fonction des situations personnelles.

*Dans le cadre de la mise en place d'un suivi de prévention structuré autour du médecin traitant et de la médecine de ville, comment verriez-vous l'articulation, d'une part, avec la santé scolaire et universitaire, et d'autre part, avec la médecine du travail ?*

L'articulation est délicate. Il faut déjà bien comprendre les missions de chacun. La médecine du travail a des champs bien particuliers. Chacun des partenaires doit être performant. Il faut déjà repenser la médecine du travail et la santé scolaire, qui ne sont pas toujours bien implantés en

fonction de leurs moyens. Si l'on met en place un dispositif impliquant la santé scolaire, il faut qu'elle soit accessible à tous ! A l'heure actuelle, des disparités trop importantes existent en terme d'offre, et il convient de les régler avant de réfléchir aux articulations.

Le rôle de ces acteurs, complémentaire de celui du médecin traitant, doit être opérationnel et rationnel.

*Comme vous le savez, l'Assurance maladie propose à ses bénéficiaires des bilans de santé suivant des modalités variables en fonction du régime d'appartenance. Qu'en pensez-vous et quelle articulation verriez-vous avec une future organisation des consultations de prévention ?*

Des examens périodiques dans ces centres peuvent trouver leur utilité, mais il ne faut pas les présenter comme une réponse systématique.

Les bilans de santé doivent rester en retrait pour la majorité de la population. C'est le médecin traitant qui doit être au centre du système, même au sein d'un travail en équipe.

Par contre, en direction des personnes en situation de précarité, les CES sont d'un intérêt majeur. Etant à l'origine de la réforme des CES, nous avons cherché à en faire une plateforme de réinsertion vers le système de soins « courant ». Mais, il est très compliqué de joindre et sensibiliser les personnes fragiles ou précaires, qui ne sont a priori pas bien implantés dans le système de premiers recours. Cette orientation doit être maintenue pour tenter de répondre aux problèmes d'inégalités de santé, et d'inégalité d'accès. Nous pouvons aussi mettre l'accent sur des missions relativement nouvelles, comme la surveillance de cohortes (cf Constance) ou un rôle dans la prévention et l'éducation thérapeutique du patient.

Les CES peuvent ainsi servir de structures ressources ou d'appui pour le médecin traitant dans notre système de soins.

Les CES doivent garder des champs spécifiques, mais diversifiés.

*Dans l'avenir, l'organisation de la santé se fera de plus en plus dans le cadre de coopération entre professionnels de santé (médecins, infirmières...). Par ailleurs, dans beaucoup de pays, de nombreux actes de prévention sont réalisés par des paramédicaux.*

*Comment imagineriez-vous la place de ces derniers dans une future organisation des consultations de prévention ?*

Je l'imagine de manière positive et très évolutive. Notre intérêt est de prendre ce qui se fait de bon dans d'autres pays, adapté à notre culture, en gardant nos spécificités. Nous nous dirigeons vers une activité en cabinets pluridisciplinaires. De jeunes médecins exerceront en équipe, mais également avec des paramédicaux dont des infirmières éventuellement spécialisées dans certains domaines, y compris pour des actes médicaux de dépistage. La présence de professionnels paramédicaux, situés sur place, implique de résoudre certains problèmes comme la question de leur statut et de leur rémunération.

Exemple du frottis cervico-vaginal : c'est un examen dont ne bénéficie pas une grande partie de la population, notamment la plus exposée. En ces temps où nous manquons de médecins de premier recours, nous pouvons imaginer qu'à l'image de certains pays étrangers, des infirmières rattachées à un cabinet médical puissent réaliser ce geste simple (en tout cas plus que la pose d'une sonde urinaire à domicile), mais nécessitant des explications et du temps pour le réaliser. Le rôle du médecin traitant restera celui d'analyser les résultats, de les expliquer à la patiente et d'organiser le suivi et la prise en charge si nécessaire.

*Dans le cadre des consultations de prévention, certains facteurs de risque sont dépistés. Ils nécessitent souvent une prise en charge non médicalisée, chronophage et spécialisée (diététique, addiction, activité physique...).*

*Comment verriez-vous l'articulation entre une future organisation des consultations de prévention et ces dispositifs d'aval relevant d'autres professionnels que les médecins ?*

Il faut essayer d'impulser une dynamique grâce aux personnes qui connaissent très bien l'ensemble des dispositifs d'aval. Les professionnels de soins de premier recours doivent être informés sur ce qui existe. Cela peut tout à fait être intégré au cabinet médical. Par exemple, dans le cas d'un patient alcoolique, le médecin ne peut parfois pas prendre en charge le patient dans sa globalité. Il serait intéressant de disposer d'une personne ressource pour proposer, de manière adaptée au contexte du patient, l'offre de soins dans le territoire. Une personne ressource (infirmière, secrétaire médicale...) doit pouvoir à minima diriger le patient vers une structure relais qui sera en mesure d'informer et d'orienter le patient, d'autant plus s'il est issu d'une population défavorisée.

Comment équiper le cabinet médical dès aujourd'hui en matériel d'information pour des thèmes essentiels (tabac, alcool, toxicomanies, obésité...), localement, et de manière assez simple ? Les ARS pourraient s'atteler à cette tâche de santé publique...

*Une consultation de prévention repose sur un recueil d'informations, de préférence standardisé, qui devrait permettre de guider cette démarche, d'évaluer les facteurs de risque, d'assurer un suivi et de réaliser des exploitations épidémiologiques.*

*Comment imaginez-vous qu'un tel dispositif puisse être mis en place dans le contexte actuel d'outils informatisés variés (logiciel plan personnalisé de prévention, EsPer...), et d'un dossier médical personnel en devenir ?*

Les médecins veulent simplifier leur démarche administrative, ils nous le disent tous les jours. Il faut leur proposer des moyens systématiques ne leur ajoutant pas de travail supplémentaire. Un questionnaire ou un guide standardisé faisant le tour de la question ? Je n'y crois pas trop, en tout cas à ce jour. La situation pourrait changer s'il y avait des personnes dédiées (paramédicaux) pour réaliser cette activité dans le cabinet du médecin, ou à l'extérieur.

Il faut des questionnaires ciblés, courts, pour évaluer le statut du patient. Le problème, c'est que cela existe déjà pour l'évaluation de nombreux risques (cardio-vasculaire à 10 ans, asthme, alcoolisation...) mais en pratique, ce n'est pas utilisé !

*Les référentiels dans le champ de la prévention médicalisée sont peu nombreux et mal connus.*

*Comment pensez-vous que cette situation puisse s'améliorer ? Quel pourrait être le rôle de la HAS et de l'Inpes ? Quelle place pourraient avoir les formations initiale et continue ?*

Il y a déjà beaucoup de connaissance sur ce domaine. Le problème est d'élaborer des outils extrêmement simples si l'on veut qu'ils soient utilisés, et robustes en même temps. Cela implique une nécessaire priorisation ; des choix doivent être faits et c'est délicat. Il faudrait que la HAS propose ces outils, peut-être d'abord orientés en fonction de l'âge des personnes.

Ce n'est pas le recueil d'informations qui va faire l'amélioration de la santé dans la population, mais ce qui va être déclenché à partir de ce dernier !

*Quelle stratégie pourrait-on imaginer afin de passer de la situation actuelle (dispositif peu organisé et inefficace de la prévention en médecine ambulatoire) à une organisation plus structurée, répondant à des critères de qualité et permettant un accès plus universel aux publics concernés ?*

Le dispositif est aujourd'hui plus organisé et efficace qu'on ne le croit dans le système ambulatoire. On peut l'améliorer encore avec des outils, un élargissement des domaines mais on est sur la bonne voie, notamment avec les professionnels paramédicaux qui commencent à s'impliquer dans les cabinets médicaux.

Certaines composantes restent à fixer, comme le mode de financement par exemple (paiement à l'acte, forfaitisation). Ces réflexions risquent d'être accélérées par les problématiques de vieillissement de la population, les polyopathologies...

Sur le plan pragmatique, si l'on part dans l'optique d'un examen ciblé, la population des jeunes de 16-18 ans semble être très appropriée en raison de leurs interrogations quant à certains champs de leur santé, en raison d'une période transitionnelle entre une prise en charge par un professionnel de la famille et une prise en charge plus individualisée par un professionnel de confiance et choisi avec qui ils pourront aborder divers sujets plus aisément. Pour le premier contact, je parlerais d'ailleurs plus de « rencontre » que de consultation de prévention.

Entretien  
Consultation de prévention  
**Patrick VUATTOUX**, médecin généraliste,  
président de la Fédération des Maisons de Santé Comtoises (FeMaSaC)

*Quel est votre avis sur l'intérêt d'une consultation de prévention ?*

Les consultations de prévention sont une nécessité absolue. Elles permettent au médecin généraliste, dans le cadre du suivi qu'il réalise, de fixer des objectifs avec le patient. La prévention présente cependant un visage frustrant pour le médecin qui ne peut voir les fruits directs de son action.

Par ailleurs, les tableaux de bords sont très importants pour les motivations du professionnel.

*D'après vous, faut-il cibler cette consultation en direction d'un public large et en bonne santé ou faut-il toucher prioritairement une population à risque, par exemple atteinte de maladie chronique?*

Il ne faut pas exclure les patients en ALD car le médecin traitant est fixé sur l'ALD et ne voit pas forcément ce qui gravite autour.

Il y a nécessité de procéder par étapes, par priorité et de se fixer des objectifs atteignables. D'après moi, la première étape concerne les ALD et les populations précaires.

*Est-ce que votre avis sur ces consultations s'appuie sur des référentiels ou la littérature (méta-analyse, evidence-based medicine...)?*

Du point de vue du professionnel de terrain, il est important d'avoir une démarche structurée. Le médecin traitant est formé aux consultations de soins. Ce cheminement est complètement différent d'une démarche de prévention, où le projet est construit avec le patient. Les médecins exercent en fonction de leur vécu (ex cancer du col préférentiellement recherché si un patient ou un membre de la famille est atteint...).

La consultation dédiée permet d'avoir un cadre structuré. Elle constitue un outil complémentaire dans sa prise en charge personnalisée.

*Lorsque l'on examine les dispositifs existants, en particulier en France, de multiples tranches d'âge sont priorisées.*

*D'après vous, s'il fallait en choisir deux ou trois, quelles seraient vos recommandations et sur quels arguments scientifiques vous appuyeriez-vous?*

Les 70-75 ans à cause des risques liés au grand âge.

Les 50-55 ans en raison de la forte incidence des cancers.

Les adultes jeunes mais il est difficile de situer précisément l'âge. En tout cas, il s'agit d'une période de la vie où les consultations ne sont pas régulières.

Les événements de vie (adolescence, précaires – chômage, retraite) constituent également des repères pertinents.

*L'analyse des avis et des expériences actuelles montre qu'il y a deux tendances :*

- *certaines personnes sont plutôt favorables à des consultations dédiées, réalisées ou non par le médecin traitant.*
- *d'autres sont plus attachées au fait de s'appuyer fortement sur le médecin traitant qui assure lors de ses consultations habituelles un continuum de prévention tout au long de la vie.*

*Comment vous positionnez-vous par rapport à ces deux tendances ?*

Le médecin traitant est le pivot du système de prise en charge, mais il faut lui donner les moyens d'être non seulement un détecteur mais aussi un décideur.

La Consultation dédiée est un outil mais ne doit pas être choisie au détriment d'une activité de prévention continue, qui fait partie de l'exercice quotidien du médecin.

Si le médecin est encadré par de grands plans nationaux, il doit conserver une certaine autonomie dans les modalités de prise en charge.

*Comme vous le savez, l'Assurance maladie propose à ses bénéficiaires des bilans de santé suivant des modalités variables en fonction du régime d'appartenance. Qu'en pensez-vous et quelle articulation verriez-vous avec une future organisation des consultations de prévention ?*

Il existe une mosaïque d'actions de prévention en fonction des régimes d'assurance maladie.

Les patients qui demandent un bilan de santé ne sont pas forcément ceux qui en ont le plus besoin (effet « cols blancs »).

Le médecin traitant ne peut pas inciter seul les gens à bénéficier de consultations de prévention. Il faut l'appui de partenaires extérieurs pour sensibiliser la population.

Les centres d'examen de santé ne semblent pas avoir fait preuve de réelle efficacité.

Les consultations de prévention permettent d'instaurer un contact maintenu, sorte de contrat tacite entre le médecin ou les paramédicaux et le patient (projet personnalisé de perte de poids...).

*Dans l'avenir, l'organisation de la santé se fera de plus en plus dans le cadre de coopération entre professionnels de santé (médecins, infirmières...). Par ailleurs, dans beaucoup de pays, de nombreux actes de prévention sont réalisés par des paramédicaux.*

*Comment imagineriez-vous la place de ces derniers dans une future organisation des consultations de prévention ?*

Les consultations de prévention avec un temps infirmier et un temps médecin n'ont pas été accueillies de la meilleure manière par le corps infirmier. Ceux-ci ont les moyens de participer activement, mais il leur faut la volonté (motivation, rémunération...).

Des actes techniques peuvent être pratiqués par les infirmiers (exemple des frottis cervico-vaginaux).

Il faut faire bouger les lignes de tous, en même temps. Si on ôte une tâche à un professionnel, il faut lui en donner une autre en contrepartie. Ainsi, si l'infirmière réalise un frottis, il faut que le médecin soit formé sur une autre mission, tout comme les aides-soignantes par exemple... C'est l'ensemble des missions de chacun qui doit être décalé et doit être réajusté.

*Dans le cadre des consultations de prévention, certains facteurs de risque sont dépistés. Ils nécessitent souvent une prise en charge non médicalisée, chronophage et spécialisée (diététique, addiction, activité physique...).*

*Comment verriez-vous l'articulation entre une future organisation des consultations de prévention et ces dispositifs d'aval relevant d'autres professionnels que les médecins ?*

Il faut se donner les moyens d'atteindre des objectifs. Il serait honteux de proposer un dépistage sans structure d'aval de prise en charge. Si l'on cible une population, il faut des outils. Pour le

dépistage des cancers, cela fonctionne parce que le système d'aval est opérationnel. Par contre, les consultations par une diététicienne ou une psychologue ne sont pas remboursées. Comment faire ? Les associations ont une place importante en aval, mais potentiellement aussi en amont pour motiver les gens à participer au dispositif de dépistage. Il existe toutefois certains freins à ce rôle potentiel des associations, comme le fait que le médecin ne les connaisse pas. Il est important de savoir si le professionnel peut travailler avec telle ou telle association, autrement dit, il faut qu'il soit convaincu de la qualité du travail de ces associations (rôle de l'assurance maladie de repérer les « bonnes » associations ?).

*Une consultation de prévention repose sur un recueil d'informations, de préférence standardisé, qui devrait permettre de guider cette démarche, d'évaluer les facteurs de risque, d'assurer un suivi et de réaliser des exploitations épidémiologiques.*

*Comment imaginez-vous qu'un tel dispositif puisse être mis en place dans le contexte actuel d'outils informatisés variés (logiciel plan personnalisé de prévention, EsPer...), et d'un dossier médical personnel en devenir ?*

Le problème actuel est le suivant : les logiciels de prévention sont différents des logiciels métier, alors que les deux ne devraient faire qu'un.

Le logiciel PPP est actualisé par rapport aux recommandations. En France, il n'existe pas de recommandations sauf indirectement à travers la création de tels logiciels. Par ailleurs, le souci est qu'il faut combiner l'utilisation du logiciel métier et du logiciel de prévention.

Dans le dossier médical personnel doivent figurer les objectifs personnalisés du patient.

*Les référentiels dans le champ de la prévention médicalisée sont peu nombreux et mal connus.*

*Comment pensez-vous que cette situation puisse s'améliorer ? Quel pourrait être le rôle de la HAS et de l'Inpes ? Quelle place pourraient avoir les formations initiale et continue ?*

La HAS et l'Inpes doivent travailler à la création de logiciels en collaboration avec les professionnels de terrain (outils au service des professionnels). Pour une pathologie donnée, il est très compliqué d'avoir une liste exhaustive des facteurs de risque avec leur pondération.

La protocolisation aidera à avoir une approche rigoureuse, scientifique, et ne reposant pas seulement sur l'expérience du clinicien.

*Quelle stratégie pourrait-on imaginer afin de passer de la situation actuelle (dispositif peu organisé et inefficace de la prévention en médecine ambulatoire) à une organisation plus structurée, répondant à des critères de qualité et permettant un accès plus universel aux publics concernés ?*

Je ne peux qu'insister sur l'utilité de documents écrits, permettant d'appuyer la parole du médecin auprès du patient et, éventuellement, d'avoir un effet de diffusion, et de motiver certaines personnes non contactées de prime abord pour bénéficier de la démarche de prévention (notion d'impact préventif sur le cercle de vie autour du patient).

Pour être efficace, il faut agir sur la dimension culturelle occupée par le médecin traitant. Est-il vraiment le pivot en l'état ? Et si la volonté qu'il le soit existe, pourquoi n'a-t-il pas les moyens de l'être pleinement ?

La prévention auprès des malades chroniques ne devrait pas connaître de difficultés majeures. Par contre, la prévention primaire auprès de personnes « saines » s'avèrera sans doute plus délicate.

Entretien  
Consultation de prévention  
**Gilles Leboube**, médecin de santé publique  
médecin conseil à la Direction régionale du service médical  
Bourgogne Franche-Comté

*Quel est votre avis sur l'intérêt d'une consultation de prévention ?*

Il est difficile d'aborder la question de la prévention d'emblée par cette entrée car son faible développement est d'abord une conséquence de la mauvaise organisation du système de santé. Il est donc important de parler de l'organisation en amont. La prévention est très liée au secteur ambulatoire, beaucoup plus qu'au secteur hospitalier, où elle ne se développera que très difficilement en raison de la T2A

Je mets bien sûr à part l'éducation thérapeutique du patient élément essentiel de la prise en charge des maladies chroniques. Sans organisation des soins de premiers recours, je ne pense pas que la prévention puisse se développer sous l'une ou l'autre de ses formes (consultation dédiée ou surtout dans le cadre de l'activité courante).

La prévention doit donc s'inscrire en routine dans le système ambulatoire de premiers recours avec un partage des rôles entre médecins et infirmières principalement. Elle fait partie intégralement de l'exercice quotidien du médecin traitant et la plupart du temps, il n'y a pas besoin de consultation dédiée.

Cependant, des consultations dédiées à la prévention peuvent à certains âges s'avérer utiles.

Nous avons beaucoup axé la prévention sur le dépistage (cancers du sein, du côlon, du col de l'utérus...). Mais nous avons maintenant opté pour un autre mode d'organisation : invitations, relances par des structures de gestion. Désormais, l'ensemble des femmes concernées est invité pour les dépistages des cancers du sein et du colon, les hommes pour le colon. Le médecin les revoit ensuite lors d'une consultation dédiée si besoin mais il n'est pas nécessaire de créer une consultation spécifique pour cela. Toute cette logistique mise à la disposition des acteurs du soin est très importante mais ne pourra pas s'appliquer pour tout.

La majorité des actions de prévention consiste à surveiller les vaccinations, les facteurs de risque... Certes, on ne peut pas toujours tout faire systématiquement, mais l'essentiel est géré lors d'une consultation de médecine générale en s'appuyant sur l'existant.

Les données dont nous disposons reposent sur la littérature internationale, souvent Anglo-Saxonne. Le développement de la prévention reposant sur l'organisation du système de santé, il nous faut donc raisonner en considérant les spécificités de notre système, et ne pas trop se lier aux résultats d'études et programmes ayant eu lieu dans d'autres pays. Lorsqu'on lit que les consultations, où le médecin pense avoir effectué des actions de prévention, durent 2 minutes de plus que les autres consultations, il faut garder à l'esprit que dans un système libéral comme le nôtre, les consultations sont plus longues que lorsque le médecin est salarié. Ainsi, un médecin voit en moyenne 40 à 50 patients par jour en Espagne contre 20 à 25 en France. Il faut remettre les proportions dans le contexte réel. Toutefois, la part de la prévention n'est sans doute pas suffisante. Il y a une action de sensibilisation (plus que formation) des généralistes à faire par rapport à cela, pourquoi pas dans le cadre de grands programmes régionaux pluriannuels où l'on déciderait de mettre, pendant une période donnée, l'accent sur les vaccinations par exemple. Il faudrait qu'un programme collectif accompagne les démarches individuelles.

*D'après vous, faut-il cibler cette consultation en direction d'un public large et en bonne santé ou faut-il toucher prioritairement une population à risque, par exemple atteinte de maladie chronique?*

Nous avons pu tout lire et son contraire ces dix dernières années. Pendant longtemps, on a dit il faut une consultation systématique tous les 3 ou 5 ans, c'est à dire régulièrement, un peu comme l'entretien d'un véhicule. Cependant, il est prouvé que les risques sont très variables en fonction des âges, donc il n'apparaît pas pertinent de faire du systématique pour tous et pour tout. Il semble important de cibler sur des classes d'âge en raison d'une accumulation des risques potentiels que l'on ne peut pas traiter en intégralité au décours des consultations tout-venant de médecine générale. Dans ces cas-là, il serait utile d'avoir une consultation dédiée et spécifiquement rémunérée. Quelque soit d'ailleurs le statut de la personne, malade ou en bonne santé.

*Est-ce que votre avis sur ces consultations s'appuie sur des référentiels ou la littérature (méta-analyse, evidence-based medicine...)?*

Le rapport Ménard a assurément fait avancer la réflexion sur le thème de la prévention. Mais les idées ne sont pas faites que d'articles de la littérature, elles doivent se baser aussi sur la réflexion et l'expérience personnelle.

Surtout que dans ce domaine, les référentiels de bonne pratique ne sont pas légion.

*Lorsque l'on examine les dispositifs existants, en particulier en France, de multiples tranches d'âge sont priorisées.*

*D'après vous, s'il fallait en choisir deux ou trois, quelles seraient vos recommandations et sur quels arguments scientifiques vous appuyeriez-vous?*

Il faudrait cibler 3 âges :

- l'adolescence autour des 16 – 25 ans. A 16 ans s'opère la jonction avec le système médecin traitant, moment qui pourrait être intéressant pour discuter de prévention. La première consultation avec son médecin traitant dure d'ailleurs très longtemps et il serait logique de la rémunérer davantage. Ensuite, nous connaissons tous les risques liés à l'adolescence, la nécessité de formation, sensibilisation autour des thèmes de la sexualité, la toxicomanie, les troubles du comportement et les risques suicidaires. Le médecin connaissant souvent la famille et la vie de l'adolescent a un rôle important à jouer.
- les 50 – 55 ans avec les risques liés aux cancers et aux maladies cardio- vasculaires.
- les 70 – 75 ans avec les risques liés au grand âge et à la dépendance (chute, iatrogénie, ostéoporose, Alzheimer...).

Il serait sans doute plus pertinent d'agir sur un mode de consultations dédiées lorsque les risques potentiels sont cumulés et qu'une évaluation poussée des risques s'impose et nécessite beaucoup plus de temps.

*L'analyse des avis et des expériences actuelles montre qu'il y a deux tendances :*

- certaines personnes sont plutôt favorables à des consultations dédiées, réalisées ou non par le médecin traitant.
- d'autres sont plus attachées au fait de s'appuyer fortement sur le médecin traitant qui assure lors de ses consultations habituelles un continuum de prévention tout au long de la vie.

*Comment vous positionnez-vous par rapport à ces deux tendances ?*

La prévention se fait lors du continuum de l'exercice. Mais le médecin ne pourra pas assurer tout cela seul, il devra donc être aidé par les paramédicaux et les textes devront définir le rôle des soins de premiers recours, le fait que l'infirmière constitue une aide, un appui pour le médecin

généraliste. L'infirmière pourrait amorcer l'aspect prévention de la consultation en faisant l'interrogatoire, aborder ces problèmes de prévention avant que le patient ne voie le médecin. Tout repose sur un système de coopération entre professionnels médicaux et paramédicaux. Cela s'avèrera très compliqué : le système ambulatoire est très politisé, et les rapports de force entre les syndicats ne cadre pas forcément avec une vision de santé publique.

Il est cependant urgent que tout cela change car nous sommes à la veille d'une baisse très conséquente des médecins de premier recours.

*Dans le cadre de la mise en place d'un suivi de prévention structuré autour du médecin traitant et de la médecine de ville, comment verriez-vous l'articulation, d'une part, avec la santé scolaire et universitaire, et d'autre part, avec la médecine du travail ?*

En pratique, il faut rester cohérent et si le lien avec le médecin du travail est évident, le médecin scolaire est plus limité en raison du problème d'effectifs.

Les médecins généralistes constituent la base car ils sont nombreux et globalement répartis uniformément sur le territoire. Ils peuvent donc faire un travail au plus près du terrain et développer l'équité d'accès à la prévention.

La médecine du travail est un domaine d'avenir, malheureusement peu valorisée jusqu'alors. Ces médecins s'occupent essentiellement des risques professionnels, liés au poste et à l'environnement du travail (risques toxiques, ergonomiques...). Il s'agit donc d'un domaine à part mais travaillant en lien avec le médecin traitant.

La santé au travail va encore évoluer vers un plus grand ciblage des postes à risque avec un développement du travail en équipe. Son but n'est pas actuellement de s'investir dans des actions de prévention générale compte tenu aussi des problèmes démographiques à venir.

La médecine scolaire n'est pas confrontée aux mêmes risques spécifiques.

S'il s'agit de surveiller la taille, le poids, les vaccinations ces choses-là sont faites par le médecin généraliste. Le nombre de médecins scolaires étant ridiculement bas, et si inégal selon le territoire, on ne peut pas leur assigner une mission par rapport à l'ensemble des élèves. Ils travaillent cependant avec les infirmières scolaires, qui si je ne m'abuse, réalisent des consultations de prévention.

Nous rejoignons ainsi mes propos de départ : le couple infirmière – médecin est une forme de coopération qui a de l'avenir. L'infirmière scolaire de l'établissement devrait être une personne référente pour le médecin traitant.

*Comme vous le savez, l'Assurance maladie propose à ses bénéficiaires des bilans de santé suivant des modalités variables en fonction du régime d'appartenance. Qu'en pensez-vous et quelle articulation verriez-vous avec une future organisation des consultations de prévention ?*

Les bilans de santé se sont accumulés au fil du temps. Les plus connus sont les bilans des centres d'examen de santé, très complets. La MSA, puis le RSI s'y sont mis ensuite en s'appuyant sur le dispositif du médecin traitant.

Les centres d'examens de santé sont gratuits, ouverts à tous mais qui y va ? Si seulement 10 – 20 % de la population y va, c'est qu'il y a un problème, que ça ne marche pas très bien. Le système préventif doit reposer sur la proximité, l'affectif et les acteurs du premier recours me paraissent les mieux placés. L'efficacité est en effet très liée au relationnel, comme dans le champ des maladies chroniques.

La question qui se pose aussi est « comment peut-on faire pour toucher les patients qui ne consultent pas leur médecin traitant ? ». Il faudrait peut-être avoir une démarche particulière auprès de cette population, en les convoquant chez leur médecin, en considérant que le fait de ne pas avoir consulté depuis longtemps est un facteur de risque.

*Dans l'avenir, l'organisation de la santé se fera de plus en plus dans le cadre de coopération entre professionnels de santé (médecins, infirmières...). Par ailleurs, dans beaucoup de pays, de nombreux actes de prévention sont réalisés par des paramédicaux.*

*Comment imagineriez-vous la place de ces derniers dans une future organisation des consultations de prévention ?*

L'infirmière est un élément clé mais elle ne peut pas et ne veut pas dépendre financièrement et hiérarchiquement du médecin. Il existe des possibilités d'organisation comme au Québec où ce sont les réseaux locaux de santé par exemple qui emploient les infirmières. Il ne doit pas y avoir de lien de subordination entre les deux acteurs mais un travail encadré et organisé par des protocoles. L'infirmière a un rôle primordial dans 3 domaines :

- la réception des patients : l'infirmière accueille le patient, fait l'interrogatoire pour « débrouiller » la situation.
- le suivi des malades chroniques stabilisés : une infirmière spécifiquement formée et expérimentée est tout à fait capable de le faire, avec la possibilité, si nécessaire, de réorienter le patient vers le médecin.
- la prévention médicalisée : le médecin n'a pas toujours le temps d'expliquer le déroulement d'un test de dépistage, son intérêt, les risques qui y sont liés... L'infirmière peut dialoguer avec les patients et les faire adhérer au dispositif de dépistage.

Si l'on parle de prévention primaire (tabac, alcool, nutrition, comportements à risques...), ou les action de communication et d'information sont essentielles, d'autres acteurs comme les instituteurs, les professeurs ou des éducateurs de santé sont concernés.

*Dans le cadre des consultations de prévention, certains facteurs de risque sont dépistés. Ils nécessitent souvent une prise en charge non médicalisée, chronophage et spécialisée (diététique, addiction, activité physique...).*

*Comment verriez-vous l'articulation entre une future organisation des consultations de prévention et ces dispositifs d'aval relevant d'autres professionnels que les médecins ?*

Il faut des outils et des professionnels référents pour que le médecin généraliste assume correctement sa mission de prévention, ainsi qu'une touche de formation, le médecin étant déjà très longuement formé. Le problème actuel est que les diététiciens, psychologues ne sont pas remboursés et je ne pense pas que le paiement à l'acte généralisé soit à l'ordre du jour. Il vaudrait mieux les financer par le biais des réseaux de santé ou d'autres structures organisées.

*Une consultation de prévention repose sur un recueil d'informations, de préférence standardisé, qui devrait permettre de guider cette démarche, d'évaluer les facteurs de risque, d'assurer un suivi et de réaliser des exploitations épidémiologiques.*

*Comment imaginez-vous qu'un tel dispositif puisse être mis en place dans le contexte actuel d'outils informatisés variés (logiciel plan personnalisé de prévention, EsPer...), et d'un dossier médical personnel en devenir ?*

Il faut penser « logique de développement », ne pas trop charger le médecin avec des procédures lourdes et compliquées. Les outils doivent être simples et fonctionnels, mais pour l'instant ce n'est pas très concluant.

L'idée de structurer la prévention pour recueillir des informations à visée épidémiologique peut être une bonne idée, notamment par le biais de programmes régionaux comme pour la vaccination. D'autant plus que, si le mode d'exercice en maison de santé se développe bien, il peut y avoir une infirmière et une secrétaire pour gérer tout cela. Le but doit être de ne pas surcharger le médecin généraliste de tâches administratives (surtout dans le contexte de démographie médicale resserrée) et d'essayer d'intégrer tous les éléments nécessaires dans son

logiciel métier, d'autant plus si la prévention s'intègre à la pratique de soin. Si l'on s'orientait vers une consultation dédiée, un logiciel spécifique peut être intéressant. Toutes les informations à visée épidémiologiques pourraient être traitées, remontées par une logicienne de réseau pour décharger le médecin d'une tâche supplémentaire.

*Les référentiels dans le champ de la prévention médicalisée sont peu nombreux et mal connus. Comment pensez-vous que cette situation puisse s'améliorer ? Quel pourrait être le rôle de la HAS et de l'Inpes ? Quelle place pourraient avoir les formations initiale et continue ?*

Pour un recueil d'informations cohérent et standardisé, les consultations dédiées doivent être structurées avec des procédures, guides de bonnes pratiques élaborés par la HAS. Certains existent déjà d'ailleurs mais pas sous une forme spécifique à la prévention mais intégré à la prise en charge de telle maladie chronique par exemple. C'est indispensable pour disposer d'une offre de prévention égale pour tout le monde, et ne pas oublier de domaine important en fonction du contexte du patient.

Le rôle de la formation initiale et continue est bien sûr essentiel. Mais elle doit être adaptée au public cible, c'est-à-dire allant à l'essentiel et très pratique. La formation des généralistes sur le dépistage du cancer colo-rectal est pour cela un exemple à suivre.

L'Inpes a un rôle primordial au niveau collectif, en prévention primaire, sensibilisation, communication...

Au niveau régional ou des territoires de santé, les Cres et Codes réorganisés peuvent avoir une place centrale pour tout ce qui est interventions en collèges, lycées.... Ou pour des approches populationnelles comme on a pu le voir avec la vaccination.

Les acteurs collectifs de prévention sont très complémentaires des acteurs de prévention individuelle.

Un problème majeur sera de veiller à l'égalité de tous aux services de prévention, et ce sera difficile car nous avons pris beaucoup de retard que ce soit en terme d'organisation que de développement de pratiques innovantes et adaptées au monde d'aujourd'hui.



## Annexe 3

### **BIBLIOGRAPHIE COMPLEMENTAIRE**

Intégrer la prévention aux soins de santé – Aide mémoire n° 172. Révisé octobre 2002. OMS : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs172/fr/>

Canadian Task Force on Preventive Health Care : <http://ctfphc.org/>.

Canadian Task Force on Preventive Health Care. Periodic health examination – Methodology : <http://ctfphc.org/Methodology.html>

Guide canadien de médecine clinique préventive *Agence de la santé publique du Canada, 1994* : [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinic-clinique/index\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinic-clinique/index_f.html)

Examen médical périodique. MS-CSS de Gatineau.: [http://medecinefamiliale.com/umf/emc/emp\\_guide.htm](http://medecinefamiliale.com/umf/emc/emp_guide.htm)

L'examen médical périodique de l'adulte – Recommandations adaptées à la pratique médicale préventive au Québec. Montréal : *Direction de santé publique, 2006. 36 p.* : <http://www.santepub-mtl.qc.ca/mdprevention/pdf/examenperiodique.pdf>

Preventive Care Checklist Form© : Evidence-based tool to improve preventive health care during complete health assessment of adults. Dubey V, Glazier R. *Can Fam Physician* 2006;52:48-55 : <http://www.cfp.ca/cgi/reprint/52/1/48>

The Guide to Clinical Preventive Services 2007. Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville, MD (USA) : *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2007. 239 p.* : <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd07/pocketgd07.pdf>

Encyclopedia of Public Health. *Periodic Health Examination. The Gale Group, Inc. 2002* : <http://www.answers.com/topic/periodic-health-examination?cat=health>

Systematic review: the value of the periodic health evaluation. Boulware LE, Marinopoulos S, Phillips KA, *et al. Ann Intern Med* 2007;146:289–300 : <http://www.annals.org/cgi/reprint/146/4/289.pdf>

The annual physical examination: important or time to abandon? Chacko KM, Anderson RJ. *Am J Med* 2007 Jul;120(7):581-3. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=17602927&ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=17602927&ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum)

The complete annual physical examination refuses to die – Editorial. Frame PS. *Journal of Family Practice, 1995.* : [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m0689/is\\_n6\\_v40/ai\\_17111606](http://findarticles.com/p/articles/mi_m0689/is_n6_v40/ai_17111606)

Is the annual complete physical examination necessary? Gordon PR, Senf J, Campos-Outcalt D. *Arch Intern Med* 1999;159:909-10.: <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/extract/159/9/909?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=Is+the+annual+complete+physical+examination+necessary%3F+&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT>

Historical Changes in the Objectives of the Periodic Health Examination. Han PKJ. *Ann Intern Med* 1997, 127(10):910-7. <http://annals.highwire.org/cgi/content/full/127/10/910>

Preventive care: so many recommendations, so little time. Pimlott N. *CMAJ* 2005; 173 (11) :1345-6 : <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/173/11/1345>

Preventive Health Examinations and Preventive Gynecological Examinations in the United States. Mehrotra A, Zaslavsky AM, Ayanian JZ. *Arch Intern Med.* 2007;167(17):1876-1883. Résumé en ligne : <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/abstract/167/17/1876>

Public expectations and attitudes for annual physical examinations and testing. Oboler SK, Prochazka AV, Gonzales R, Xu S, Anderson RJ. *Ann Intern Med.* 2002 May 7;136(9):652-9 : <http://www.annals.org/cgi/reprint/136/9/652.pdf>

Are Physicians and Patients Telling Us Something? O'Malley PG, Greenland Ph. *Arch Intern Med.* 2005;165:1333-1334. 150 : <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/extract/165/12/1333>

Do You Actually Need a Physical Exam? Voiland A. *U.S. News and world report* : <http://health.usnews.com/articles/health/2007/09/24/do-you-actually-need-a-physical-exam.html>

L'examen médical périodique. Une comparaison des recommandations canadiennes et américaines. Mavriplis C, Thériault G. *Le médecin de famille canadien*, 2006, 52 :58-63 : [http://www.cfpc.ca/cfp/2006/Jan/\\_pdf/vol52-jan-cme-3\\_fr.pdf](http://www.cfpc.ca/cfp/2006/Jan/_pdf/vol52-jan-cme-3_fr.pdf)

Community Health Screening Programme. Abd Rahman N-A. Singapour : *National Library Board Singapore*, 2004. : [http://infopedia.nl.sg/articles/SIP\\_407\\_2005-01-18.html](http://infopedia.nl.sg/articles/SIP_407_2005-01-18.html)

*Clinical Practice Guidelines – Health Sreening. Ministry of Health, Singapore*, 2003. : [http://www.moh.gov.sg/mohcorp/uploadedFiles/Publications/Guidelines/Clinical\\_Practice\\_Guidelines/Health%20Screening.pdf](http://www.moh.gov.sg/mohcorp/uploadedFiles/Publications/Guidelines/Clinical_Practice_Guidelines/Health%20Screening.pdf)

*Patient Education Brochure on Health screening. Ministry of Health Singapore*, 2004 : [http://www.moh.gov.sg/mohcorp/uploadedFiles/Publications/Guidelines/Clinical\\_Practice\\_Guidelines/Health%20Screening\\_patient%20education%20brochure.pdf](http://www.moh.gov.sg/mohcorp/uploadedFiles/Publications/Guidelines/Clinical_Practice_Guidelines/Health%20Screening_patient%20education%20brochure.pdf)