



Atelier 4

Mission Prévention : Quels moyens pour le médecin généraliste ?

INTERVENANTS

- Dr Nicolas POSTEL-VINAY, Médecin Responsable de la Cellule Communication de la DGS*, expert en Santé Publique dans le domaine de la Prévention
- Dr Philippe PEYTOUR, Médecin Responsable du Centre de Médecine Préventive de Vandoeuvre-lès-Nancy
- Dr Thomas BOUREZ, Médecin Généraliste installé à Val-de-Reuil (28) et investi dans la prévention

PREVENTION ET MEDECINE GENERALE

Définitions

La littérature fournit de nombreuses définitions de la prévention, dont la traduction en classifications opérationnelles pour le médecin n'est pas toujours évidente. Un certain consensus peut être trouvé autour des définitions de l'OMS* qui distingue préventions primaire, secondaire et tertiaire.

Selon l'OMS, la **prévention médicale** regroupe l'ensemble des actions tendant à éviter l'apparition, le développement d'une maladie ou la survenue d'un accident.

La **prévention primaire** a pour but d'éviter l'apparition de la maladie en agissant sur les causes ; elle désigne l'action portant sur les facteurs de risque des maladies avant leur survenue, c'est la prévention de la transmission ou de l'infection (ex : vaccinations).

La **prévention secondaire** vise à détecter la maladie ou la lésion qui la précède à un stade où l'on peut intervenir utilement ; elle vise à dépister les maladies et à éviter l'apparition des symptômes cliniques ou biologiques (ex : dépistage du cancer du sein).

La **prévention tertiaire** a pour objectif de diminuer les récurrences, les incapacités et de favoriser la réinsertion sociale ; elle a pour vocation de limiter les complications et séquelles d'une maladie. Elle est en général pratiquée pendant ou après les soins et s'attache à limiter la gravité des conséquences de la pathologie (ex : prévention des récurrences d'infarctus du myocarde).

L'application en pratique de ces définitions n'est pas toujours possible, car elles ne sont pas toujours spécifiques. Dans les faits, la classification d'une action de prévention peut varier selon différents critères, la population concernée par cette action, son but mais également la pathologie associée. Ainsi, la lutte contre le tabagisme est de la prévention primaire quand elle s'adresse à des adolescents ou des jeunes adultes, de la prévention secondaire chez les personnes asymptomatiques mais présentant des altérations précancéreuses des cellules des crachats et de la prévention tertiaire chez les patients atteints d'angine de poitrine'.

Par ailleurs, on peut également distinguer prévention individuelle et collective.

Ainsi, la **prévention individuelle** s'adresse à un individu en particulier.

Parallèlement, la **prévention collective** s'adresse à l'ensemble de la population ou à un groupe ciblé de cette population.

Là encore, ces deux notions s'intriquent souvent. Ainsi, un médecin peut être acteur de la prévention collective lorsqu'il donne des informations sur la mammographie dans le cadre d'une campagne de dépistage du cancer du sein, alors qu'il sera acteur de prévention individuelle s'il prescrit la mammographie en dehors d'un cadre organisé.

Enfin, l'**éducation à la santé** vise à la compréhension et à la maîtrise par le patient de la maladie et du traitement mais elle comporte aussi de façon plus globale le comportement et le mode de vie.

Rôle du médecin généraliste dans la prévention

Le médecin généraliste a un rôle clé dans la politique de prévention et d'éducation en santé, fonction décrite dans la dernière **convention médicale**⁹ consécutive à la loi de Réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004 (« La prévention et l'éducation thérapeutique trouvent naturellement place dans le colloque singulier »).

Plusieurs publications soulignent l'opportunité que représente la consultation de Médecine Générale pour améliorer la prévention et l'éducation à la santé au sein de la population : offre importante avec fréquence élevée de rencontre médecin/patient, accessibilité géographique et financière, possibilité de relation individuelle et suivi avec le patient et son entourage, dans le cadre d'une approche globale et continue, possibilité de gestion de l'angoisse et des effets secondaires potentiels de la prévention. Tous ces arguments font du médecin généraliste un **partenaire primordial** dans cette politique. Ainsi, les médecins sont de plus en plus sollicités par les patients et les médias pour répondre à des questions de prévention (programme d'éducation nutritionnelle, tabac).

De plus l'intégration de la prévention à la clinique est un moyen efficace de dispenser des soins complets.

Même si, comme nous l'avons vu plus haut, le médecin généraliste participe à des actions de prévention collective, il est spécifiquement un acteur de la prévention individuelle, voire individualisée. Par ailleurs, il exerce essentiellement dans le domaine des préventions primaire et secondaire.

ETAT DES LIEUX DE LA PREVENTION EN FRANCE

Le budget de la prévention

Les dépenses de prévention sont très difficiles à chiffrer pour ce qui est de la prévention individuelle du médecin généraliste dans son cabinet, il en résulte de très grandes variations des données chiffrées.

En 2002, dans les Comptes nationaux de la santé, les dépenses de prévention représentaient **2,3%** de la dépense courante de santé¹.

La SFMG* a réalisé une enquête³ sur les résultats de consultation, qui met en évidence que quatre domaines (HTA, vaccinations, dyslipidémies et examen systématique) correspondent à près du tiers de l'activité (**32,35 %**), ce qui confirme que la part de la prévention dans l'activité du généraliste est bien plus importante qu'il ne peut paraître de prime abord.

A la demande du Ministère de la Santé (DREES*), une équipe du CREDES* a tenté une nouvelle approche de la part réelle de la prévention dans les Comptes nationaux de la santé². L'enquête menée par le CREDES a voulu tenir compte de la **non notification d'une grande partie de la prévention dans les récapitulatifs officiels**, notamment les actions de prévention réalisées par les professionnels de santé au cours de leur pratique courante, qui ne font pas l'objet d'un financement ou d'une identification distincte de ceux des soins curatifs. La part de la Consommation médicale totale imputable aux dépenses de prévention, pour l'année 1998, passe de 2,1% à **7,5 %** grâce à ce nouveau mode d'évaluation.

Les freins à la prévention en Médecine Générale

Le baromètre⁴ santé médecin / pharmacien 2003 a tenté une hiérarchisation des freins à la prévention après enquête auprès de médecins généralistes. La **résistance des patients** est le plus fréquemment évoquée (40,1 %) devant le manque de **temps** (29,7 %), le manque de **formation** (7,1 %), l'absence de **rémunération** (6,7 %), l'**impression d'inefficacité** (2,9 %) et l'absence de **valorisation** de cette activité (1 %).

Les perspectives

Le rapport⁵ annuel 2003 de l'IGAS* émet plusieurs **recommandations** pour améliorer la prévention dont certaines sont applicables à la Médecine Générale : participation de la population, approches communautaires et territoriales, multidisciplinarité, développement de la recherche, amélioration de la formation, incitation aux bonnes pratiques, encouragement des réseaux.

Récemment, l'UNCAM* a annoncé qu'elle allait proposer aux médecins traitants de s'engager dans un **programme de prévention** auprès de leurs patients, dans l'un des domaines suivants : prévention de l'obésité chez les jeunes, facteurs de risque de la grossesse des jeunes femmes, prévention des maladies cardio-vasculaires chez les adultes, dépistage du cancer du sein pour les femmes de plus de 50 ans, risque iatrogénique lié à la consommation de médicaments chez les seniors. Les modalités pratiques de ce programme seront définies au cours des négociations conventionnelles.

LA SITUATION A L'ETRANGER

Il est assez complexe d'avoir une vision exacte de la situation à l'étranger dans ce domaine.

Un rapport⁶ de l'IGAS*, publié en 2003, dresse un tableau de la situation au Royaume-Uni, en Finlande et au Québec. Ce rapport conclut que les stratégies de prévention sont rendues plus crédibles par l'existence **d'indicateurs** et **d'objectifs chiffrés**, notamment au Royaume-Uni. Il met également l'accent sur l'importance d'une politique **d'évaluation** et de **recherche** dans le domaine. Enfin, il note que les déterminants de la santé jouent un rôle croissant dans la politique de prévention, avec une **approche globale** alliant santé et social.

Quelques éléments **organisationnels** sont également à souligner et notamment la **multidisciplinarité**, reprise dans une étude⁷ de l'IRDES* qui étudie la participation des infirmières aux soins primaires, et notamment dans le domaine de la prévention, en Europe et au Canada.

LES MOYENS DE PREVENTION EN MEDECINE GENERALE

Des moyens existants et cadrés

Les **supports de communications** sont désormais bien ancrés dans la culture médicale. Les salles d'attente disposent très souvent d'affiches et de présentoirs avec des brochures éditées par divers organismes. Citons notamment le site Internet⁸ de l'INPES* où l'on trouve de nombreuses affiches et brochures dans divers domaines, qui peuvent être commandées ou téléchargées par les médecins.

Le médecin généraliste dispose de nombreuses **recommandations** (ex : recommandations de l'HAS*) en matière de prévention, dans plusieurs domaines et peut même parfois s'appuyer sur un **cadre réglementaire**. Ainsi, la SFSP* a rédigé en 2004 un rapport⁹ qui fait un état des lieux de ce cadre réglementaire. On peut citer, de manière non exhaustive, les examens périodiques de santé (réalisé auprès des assurés sociaux par les centres de médecine préventive, avec retour au médecin traitant), les examens prénataux, néonataux et de médecine infantile, les dépistages du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus ou du cancer colo-rectal, les examens pré-nuptiaux.



Des moyens embryonnaires

L'utilisation de **l'outil informatique** dans l'activité de prévention est particulièrement judicieuse. Il peut s'agir de « **reminders** » (rappels signalant au médecin à un instant T les recommandations de bonnes pratiques) dans des logiciels traditionnels, qui semblent le moyen de mise en oeuvre le plus efficace de ces recommandations. Mais le médecin peut également utiliser des **modules informatiques** spécifiquement dédiés à la prévention ou au dépistage. Ainsi, le site EsPeR¹⁰ (Estimation Personnalisée des Risques) est un outil interactif d'aide à la décision en matière de prévention, permettant de définir des facteurs de risque et un plan de prévention personnalisé.

Le **conseil minimal** a été notamment étudié dans le sevrage tabagique. Il consiste à demander systématiquement à chaque patient s'il est fumeur et s'il a envisagé la possibilité de s'arrêter de fumer. Les résultats des études randomisées et contrôlées en Médecine Générale montrent 2% à 5% d'arrêt soutenu. Quoique bas, ces taux sont significativement meilleurs que l'inaction dans l'attente d'une demande spécifique du patient. L'évaluation a montré que poser deux questions, " Est-ce que vous fumez ? " puis " Voulez-vous arrêter de

fumer ? ", et offrir une brochure à ceux qui répondraient "oui" à la deuxième question doublait le taux de succès de l'arrêt à long terme par rapport à l'arrêt spontané dans le groupe témoin. Si ces questions sont posées systématiquement par les médecins, un gain de 2 % d'arrêt dans la population des fumeurs vus par un médecin se traduit par un supplément d'au moins 200 000 fumeurs qui arrêteraient chaque année, sur l'ensemble de la France.

Les **réseaux**, développés en prévention secondaire, sont quasi-inexistants en prévention primaire, et la participation du médecin généraliste y est difficile. Par sa proximité de la population, le médecin généraliste serait pourtant un acteur incontournable de ces réseaux. Par ailleurs, sa participation à certains réseaux (ex : GROC*) en fait un maillon essentiel de la sécurité sanitaire.

La **formation médicale initiale et continue** est à améliorer dans le domaine de la prévention. En effet, la formation initiale est très disparate d'une faculté à l'autre, certains enseignements ne comportant que des aspects relatifs aux facteurs de risques et à la prévention des pathologies étudiées. Quant aux associations de formation médicale continue, elles proposent des formations se limitant à certains domaines de la prévention. D'une manière générale, on peut regretter la faible formation des médecins à la santé publique et l'absence de formation au discours de prévention ou à l'utilisation d'outils pratiques. Citons cependant l'existence de brochures à destination des professionnels de santé⁹ sur le site de l'INPES.

Des moyens à développer

Il s'agit essentiellement de remédier aux freins évoqués par les médecins en matière de prévention (cf plus haut).

En ce qui concerne la réticence des patients, il s'agit de mettre en place une véritable politique d'**éducation à la santé**. C'est l'émergence du concept de promotion de la santé où le patient devient acteur de sa santé. Cette éducation doit être faite par les professionnels de santé (avec l'aide des brochures précédemment évoquées par exemple) mais aussi par l'Education Nationale. La lecture d'ouvrages scolaires datant de quelques décennies nous montre par exemple qu'il existait des cours sur l'hygiène corporelle ou alimentaire, abandonnés depuis.

Le problème du manque de temps nécessite d'imaginer des **temps privilégiés de prévention**. L'idée d'une **consultation spécifique de prévention** fait son chemin. Ainsi, l'étude « Plan Prévention Personnalisée »¹¹ en Franche-Comté a abouti à la conceptualisation d'une telle consultation et à la création d'un module d'aide informatique reprenant les divers éléments de cette consultation. Notons également que Joël Ménard, ancien Directeur Général de la Santé, s'est vu confier la rédaction d'un rapport sur la consultation de prévention. A côté de cette consultation spécifique, on pourrait également envisager la mise en place de **séances de prévention** au sein de maisons de santé ou dans des établissements scolaires.

Même si la rémunération n'est pas citée par les médecins comme un frein à la prévention, les différents rapports et études sur ce sujet pointent du doigt le paiement à l'acte, le considérant comme non adapté à l'exercice de la prévention. Une réflexion sur le **mode de rémunération** (forfaitisation, salariat) semble le corollaire à la mise en place de nouveaux moyens de prévention.

Ces différents moyens sont déjà mis en place de manière sporadique, par exemple dans la **maison de santé de Barvaux**¹², en Belgique, qui associe multidisciplinarité, activités de santé telles que des séances collectives d'aide au sevrage tabagique, participation des patients à la rédaction de Forum Santé Magazine, journal réalisé par la maison de santé et rémunération forfaitaire des professionnels de santé.

BIBLIO

¹ DREES. *Le Fur Ph et al. Etudes et Résultats n°247. Les dépenses de prévention dans les Comptes nationaux de la santé. Une approche exploratoire. 2003 ; 8 p. En ligne sur <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er247.pdf>*

² *Convention médicale publiée au JO du 11 février 2005. En ligne sur <http://www.ameli.fr/281/DOC/1922/article.html>*

³ SFMG. *Annuaire statistique 95/95 de l'Observatoire de la Médecine Générale. La lettre de la médecine générale. 1998 ; 52 : 87 p.*

⁴ *Baromètre santé médecin / pharmacien, éditions INPES. 2003 ; 25 p. En ligne sur <http://www.inpes.sante.fr>*

⁵ IGAS. *Rapport annuel 2003. Santé, pour une politique de prévention durable. En ligne sur http://www.social.gouv.fr/hm/minister/igas/igas_rappcom_00.htm*

⁶ IGAS. D. Jourdain-Menninger & M. Lignot-Leloup. *Comparaisons Internationales sur la Prévention Sanitaire. Rapport 2003 003. En ligne sur http://www.social.gouv.fr/hm/minister/igas/igas_rappcom_00.htm*

⁷ IRDES. Y. Bourgueil, A. Marek, J. Mousquès. *La participation des infirmières aux soins primaires dans 6 pays d'Europe, en Ontario et au Québec. Juin 2005. En ligne sur <http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum95.pdf>*

⁸ *Site Internet de l'INPES : <http://www.inpes.sante.fr>*

⁹ SFSP. D. Oberlé & F. Borg. *Etat des lieux des dépistages, des examens systématiques et des mesures de prévention prévus par des mesures législatives ou réglementaires. Décembre 2004. En ligne sur <http://www.sfsp.info>*

¹⁰ *Site Internet EsPeR : <http://www.hegp.bhdc.jussieu.fr/esper/>*

¹¹ *Site Internet : <http://www.medsyn.fr/perso/g.perrin/cyberdoc/tcharg/PPP.htm>*

¹² *Maison Médicale de Barvaux. En ligne sur <http://www.maisonmedicale.org>*

Laurence JOURDES,
Responsable Partenariats
Yannick RUELLE,
Secrétaire Général