



23 juin 2008

Des missions de santé publique pour les médecins généralistes

Préambule

La Société française de santé publique (SFSP) et Epiter¹ mènent, depuis maintenant deux ans, avec les médecins généralistes, une réflexion qui a donné lieu à l'organisation de deux colloques au ministère de la santé². Prenant en compte les profonds changements sociologiques de la profession médicale : chute de la démographie, féminisation, vieillissement... et le besoin de réforme de l'organisation du système de soins, la SFSP et sa section médecine générale ont souhaité ouvrir deux chantiers : d'une part celui des missions de santé publique des médecins généralistes qui fait l'objet de cette note, et d'autre part celui de l'organisation du système de soins de santé primaire dans notre pays qui sera au cœur des travaux en 2008-2009.

La SFSP et Epiter tiennent à remercier médecins généralistes et médecins de santé publique qui se sont associés à ces travaux de réflexion au sein du comité de pilotage pendant plus d'un an et tous ceux qui ont participé au séminaire du 31 mai 2008.

Cette note sur « **Des missions de santé publique pour les médecins généralistes** » s'inscrit dans la réflexion que mène la SFSP sur l'organisation du système de santé en France.

- Une première note sur les pôles de prévention des ARS a, d'ores et déjà, été rendue publique en mai 2008 : « **Pour un pôle de santé publique et de prévention fort et structurant au sein des ARS** ». <http://www.sfsp.fr/activites/file/note%20ARSversionV10.pdf> ;

- une seconde « **Dix recommandations pour le développement de programmes d'éducation thérapeutique du patient en France** » a été rendue publique le 13 juin 2008. <http://www.sfsp.fr/activites/file/RecoETPV12.pdf>

¹ Epiter : Association pour le développement de l'épidémiologie de terrain

² La consultation de prévention en médecine générale - Séminaire SFSP du 4 décembre 2006 à Paris Actes du séminaire- Société française de santé publique - Collection Santé et Société n°13 - juillet 2007.
Médecins généralistes et prévention - Séminaire SFSP du 21 septembre 2007 à Paris - Actes du séminaire- Société française de santé publique - à paraître été 2008.

Introduction

La médecine générale, en France, renvoie le plus souvent, dans ses représentations actuelles, à une conception d'un exercice solitaire, d'une médecine de soins et d'un paiement à l'acte qui semblent bien éloignés des préoccupations de santé publique. Pourtant, de par leur activité quotidienne, les généralistes remplissent, d'ores et déjà, et de façon plus ou moins explicite, des missions de santé publique en particulier dans le champ de la prévention dite médicalisée : vaccination, dépistages opportunistes, incitation au dépistage organisé, conseils et guidance de type éducation à la santé (sexualité, parentalité, addictions, risques au travail...). De même, leur implication dans les évaluations de pratiques professionnelles (EPP) représente en soi une activité de santé publique. Enfin, en s'inscrivant dans des démarches structurées de programmes de santé et en travaillant en réseau de manière pluridisciplinaire pour mieux prendre en charge les maladies chroniques ou en participant à la veille sanitaire, certains amplifient encore leur démarche de santé publique. En réalité, de nombreuses activités de médecine générale relèvent de la santé publique mais le médecin généraliste apparaît avant tout comme un acteur de soins, plus rarement de prévention et jamais comme un acteur de santé publique.

Pourtant, selon la définition européenne de la médecine générale (Wonca Europe 2002, actualisée en 2005), comme pour les recommandations de l'OMS Europe 1998³, la santé publique fait partie intégrante de son exercice : *La médecine générale « [...] a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté ».*

Placé au centre du système par la réforme du médecin traitant, le médecin généraliste a un atout majeur, celui de pouvoir assurer le lien entre l'individuel et le collectif par sa connaissance des individus, ses possibilités d'apprécier l'état de santé d'une population (dont le plus petit dénominateur commun est sa patientèle) au sein de laquelle il travaille. Il relaie, contextualise et personnalise les messages de santé publique de dimension collective (nationale ou locorégionale) en des messages individualisés, audibles par chacun car émis dans le langage de chacun, connu du médecin traitant. De par cette position d'interlocuteur de confiance, il donne ainsi à ces messages la meilleure chance d'être reçus et appliqués.

La spécificité des médecins généralistes devenus médecins traitants peut se décliner en atouts :

- Ecoute, empathie, capacités de dialogue et de communication avec leurs patients... ;
- Proximité géographique : ils sont répartis sur l'ensemble du territoire⁴ ;
- Capacité à se rendre à domicile ;
- Connaissance du patient dans son environnement (famille, village, quartier, etc.) ;
- Capacité à aborder de nombreux sujets, avec toutes les générations ;
- Suivi sur la durée (suivi longitudinal) ;
- Accessibilité : financière (tarif pour la grande majorité de secteur I) et temporelle, avec des rendez-vous qui peuvent en cas de besoin être obtenus dans la journée ;
- Stabilité dans l'espace et dans le temps (80% des personnes en France ont le même médecin généraliste depuis plus de 5 ans, avec des soins sur plusieurs générations).

Ils touchent enfin une part considérable de la population⁵ comme l'ont si bien démontré White et Green dans leur schéma devenu célèbre (cf. annexe 1).

³ Cadre pour le développement professionnel et administratif de la médecine générale – médecine de famille- en Europe. OMS Bureau pour la région Europe, 1998 (EUR/ICP/DL VR 04 01 01 publiée dans Documents de Recherches en médecine générale SFMG, N°54, septembre 1999 : 28-54.

⁴ Toutefois, l'évolution de la démographie médicale a pour conséquence de laisser certaines zones géographiques sans médecin en particulier dans les quartiers dits sensibles et les zones rurales...

⁵ Enquête décennale INSEE 2002-2003, 81,5% des hommes et 87.1% des femmes ont consulté un médecin généraliste dans l'année.

Pour que les généralistes développent leur pratique de santé publique, il s'agit de :

- leur permettre de continuer à pouvoir exercer une médecine fondée sur leur savoir-faire clinique et sur le dialogue avec leurs patients ;
- les aider à apporter des réponses à leurs patients ;
- les amener à mieux connaître et à mieux structurer leur activité. C'est leur permettre d'avoir un regard sur l'état de santé de leur patientèle, sur leur pratique, sur la situation sanitaire du territoire de santé dans lequel ils travaillent, sur leur environnement et participer ainsi à la production de connaissances de santé publique. C'est aussi leur permettre de travailler sur un (ou des) territoire donné en coordination et d'y agir de concert avec les autres acteurs de santé et avec ceux du champ social ;
- leur donner les moyens de mettre en place des programmes coordonnés de recherche en santé publique en médecine générale ;
- veiller à ce que la culture « santé publique » fasse partie intégrante des objectifs de la formation initiale et continue.

Au fil des années, de nombreux projets et expérimentations, portant notamment sur la prévention en médecine générale, ont été portés par la profession et développés de façon souvent artisanale et militante. La réussite de certains de ces projets est régulièrement utilisée de manière exemplaire, sans que leur pérennité soit pour autant assurée. Le moment semble venu de s'appuyer sur les enseignements de ces expérimentations multiples pour donner à la médecine générale son véritable axe de santé publique.

A- Les préalables

1. Mieux connaître sa patientèle

Un médecin a une connaissance de sa patientèle, de ses malades. Pour autant est-il en capacité de dire avec certitude quels sont les principaux problèmes que posent ses patients et de les hiérarchiser ? En d'autres termes est-il capable de prioriser certaines problématiques au regard de la fréquence des facteurs de risques ou des maladies auxquels il est confronté ?

L'existence de listes de patients (dispositif du médecin traitant), l'informatique médicale, le dossier médical informatisé devraient donner au médecin ou accroître ses moyens d'identifier des fréquences de facteurs de risque ou de pathologies et ainsi d'envisager sa patientèle et sa pratique dans une démarche de santé publique. Cela devrait lui permettre :

- de mieux s'interroger : d'apprécier par exemple le taux de couverture vaccinale de ses patients par tranche d'âges, le pourcentage de femmes qui ont fait leur mammographie de dépistage après 50 ans dans les délais requis, le nombre de patients hypertendus, diabétiques suivis et équilibrés, la répartition de sa patientèle en classes d'âges... ;
- de mieux choisir sa formation continue : par exemple mettre à jour ses connaissances sur la prise en charge des patients atteints de maladie d'Alzheimer s'ils sont nombreux dans sa patientèle, se former à la prise en charge de problèmes de santé émergents... ;
- de mieux prendre en compte certains risques environnementaux : par exemple le risque d'intoxication au plomb dans un habitat ancien en mauvais état ;
- de mieux identifier et prendre en compte les paramètres de précarité et de fragilité sociales si déterminants dans les questions de santé ;
- enfin de regarder de façon régulière et méthodique sa pratique (voir ci-dessous) et de la confronter à celles de ses pairs ;
- de participer à la production de la connaissance sur l'état de santé de la population.

Il apparaît même souhaitable que cet état des lieux soit établi conjointement avec les autres professionnels de santé et les acteurs locaux concernés par la santé (enseignants, éducateurs

sportifs, travailleurs sociaux, élus...) de son territoire de santé. Par exemple, si l'obésité observée chez les jeunes enfants y est problématique, est-il possible d'agir de concert, si les grossesses précoces sont fréquentes, si le nombre d'avortements est important, si le suicide des adolescents ou les troubles du comportement alimentaire augmentent...

Pour cela, il est crucial que les médecins généralistes disposent de données pertinentes et utilisables : de la liste de leurs patients, des informations issues de leurs logiciels médicaux (ex : systèmes d'alerte pour le dépistage du cancer du sein pour les femmes devant en bénéficier) mais aussi des données de l'assurance-maladie qui restent aujourd'hui le plus souvent non disponibles (ex : patients d'une clientèle qui n'ont pas encore pu bénéficier d'un dépistage du cancer du sein...). Les données sanitaires et sociales connues des communes, villes ou des quartiers font partie également de cet état des lieux.

Ces données doivent être facilement accessibles, au prix de connaissances et manipulations techniques minimales et rapides, et à la portée du plus grand nombre possédant un matériel « standard » (notamment au niveau informatique...).

2. Mieux connaître sa pratique

C'est un point fondamental en médecine et crucial en santé publique et c'est une des raisons qui a amené les pouvoirs publics à promouvoir l'évaluation des pratiques professionnelles. Le regard sur sa propre pratique est toujours source d'améliorations des pratiques professionnelles.

Du fait de l'existence de recommandations de pratiques professionnelles, il devient possible au médecin généraliste de mesurer un écart entre les recommandations et sa pratique, de s'interroger sur l'efficacité des prises en charge (en sachant que celles-ci dépendent également du patient qui accepte son suivi ou non, qui respecte ou non la prescription qui lui a été faite). Il peut alors s'interroger sur les possibilités d'agir pour réduire des écarts observés entre les pratiques professionnelles et les recommandations, d'améliorer l'état de santé d'un groupe de patients dont la prise en charge s'avère difficile...

Mieux connaître sa pratique permet au médecin généraliste, en matière de prévention primaire, de se fixer des objectifs de couverture vaccinale ; en matière de prévention secondaire d'apprécier le taux de personnes dépistées pour un cancer du sein ou un cancer colorectal... mais à condition d'en avoir les moyens (accès aux données, référentiels adaptés, conditions de prise en charge...).

3. Connaître la situation sanitaire du territoire dans lequel on travaille, connaître son environnement

Les inégalités territoriales de santé sont une réalité en France. Il est donc important d'apprécier les risques spécifiques liés au milieu professionnel ou à l'environnement mais aussi à la fréquence des maladies. Ainsi la prise en compte de l'infection par le VIH ou de la tuberculose n'est pas la même dans tous les départements français.

Il devient important que les régions disposent de tableaux de bord de l'état de santé de la population qui y réside, que des études type baromètre santé soient déclinées et diffusées au niveau régional et que les représentants des médecins traitants (URML) soient activement impliqués dès les phases initiales de l'élaboration des plans régionaux de santé publique, aux conférences régionales de santé qui sont des lieux où s'élaborent les politiques régionales de santé publique.

Il est aussi important que chaque médecin généraliste puisse avoir un accès aisé aux données épidémiologiques nationales et régionales issues de la veille sanitaire, utiles et pertinentes pour sa pratique.

4. Travailler en coordination avec les autres acteurs de santé et agir de concert

Le vieillissement de la population, l'augmentation de la fréquence des maladies chroniques, les demandes de suivi pour les souffrances psychologiques (dépression, anxiété, troubles des comportements alimentaires, idées suicidaires, etc.) et les besoins de co-interventions pluridisciplinaires et pluri professionnelles font que le médecin traitant ne peut plus travailler de manière isolée et doit coordonner son action avec celles des autres acteurs de santé. Ici, il faudra coordonner les actions pour maintenir à domicile un patient atteint de maladie d'Alzheimer. Là, il conviendra d'inscrire un patient diabétique dans un programme d'éducation thérapeutique ou de mobiliser des aides pour un accompagnement en fin de vie à domicile.

Dans l'idéal, il serait intéressant que le médecin traitant puisse connaître de façon fine les ressources disponibles de son environnement sanitaire : l'hôpital bien sûr mais aussi les activités de réseau de son territoire de santé, les services d'aide et des soins à domicile, les programmes d'éducation thérapeutique en cours, les associations de malades..., les représentants d'usagers, les réseaux psycho-sociaux, sans oublier les structures de prévention collectives : PMI, santé scolaire, santé au travail... Enfin, il faut prendre en compte également les questions de démographie médicale et le besoin de plus en plus croissant de travailler de manière pluridisciplinaire et pluri professionnelle comme en témoignent les expériences de travail en réseau, en centre de santé ou en maison médicale... Les professionnels de santé vont se regrouper pour mutualiser les moyens techniques et humains et seront probablement amenés à établir des projets de santé locaux qui devront être construits autour d'objectifs de santé publique. Cette dynamique va s'amplifier par le développement d'une offre ambulatoire de soins primaires pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle.

B- Quelles activités de santé publique en médecine générale

Elles sont de plusieurs ordres. Elles peuvent relever :

- de la prévention ;
- de l'évaluation des pratiques professionnelles ;
- de la coordination de la concertation, de la coopération ;
- mais aussi de fonctions plus générales de service public (veille sanitaire, gestion des risques, expertises...);
- de la recherche spécifique en médecine générale et santé publique.

1. Les activités de prévention

Il s'agit de prévention médicalisée : activités de vaccination (prévention primaire), de repérage précoce et d'intervention brève (alcool, cannabis), de conseils minimaux pour le tabagisme, de dépistage opportuniste (facteurs de risques cardiovasculaires), de participation aux dépistages organisés (cancer du sein et colorectal), de réalisation de dépistages individuels selon des référentiels établis (frottis cervico-utérin, anomalies cutanées...), de dépistage orienté dans le cadre des consultations de prévention aux différents âges de la vie (adolescence, 70 ans...), de synthèse annuelle pour certaines maladies, de traitement visant à réduire l'apparition de complications ou des rechutes, d'éducation du patient.

Certaines activités ont un caractère d'information, de conseils : conseils d'hygiène de vie dans le cadre de l'alimentation des nourrissons, des jeunes enfants, conseils en matière de comportements en lien avec les risques routiers (casques /deux roues), les risques sportifs ou au travail, etc.

D'autres entrent dans le champ de l'éducation pour la santé. L'éducation ne se réduit pas à des conseils. Dans toutes ces activités d'éducation, il s'agit de permettre aux personnes d'acquérir des compétences pour faire des choix concernant leur santé : aide au choix d'une méthode

contraceptive, éducation à la vie sexuelle, accompagnement à la parentalité, démarche pré-conceptionnelle...

En présence d'une maladie, certaines activités sont du registre de l'éducation thérapeutique du patient. Elles comportent notamment l'identification des besoins, le diagnostic éducatif, une aide à l'adoption de nouveaux comportements, l'accompagnement, etc. Elles s'inscrivent parfois dans une logique de programme quand sont fixés des objectifs et des séquences.

Toutes ces activités de prévention s'effectuent « au fil des consultations » dans un temps qui est souvent limité. Elles sont le plus souvent effectuées de façon « opportuniste » par le médecin. Face à une demande du patient (renouvellement d'ordonnance, épisode infectieux...), le médecin « travaille la demande » pour élargir son champ de réponse. Il semble important que toutes ces missions intégrées à la pratique clinique (elles peuvent être qualifiées de pratiques cliniques préventives) soient clairement énoncées comme des activités à part entière des médecins traitants. Elles pourraient alors plus facilement être structurées et repérées dans un cadre partagé par le généraliste et le patient.

Certaines d'entre elles peuvent être organisées à l'échelle d'une patientèle, d'un territoire donné. **Elles prennent alors une dimension collective et relèvent directement des programmes de santé publique.** Des objectifs sont alors énoncés, des moyens attribués, des indicateurs définis et une évaluation envisagée.

Il faut bien distinguer les deux approches :

- 1) l'approche individuelle, celle du médecin qui vaccine selon les recommandations du calendrier vaccinal. Le médecin contribue alors à la couverture vaccinale mais ne sait pas à quel niveau elle se situe. Il fait de la prévention individualisée : c'est la situation actuelle.
- 2) L'approche collective, celle du médecin qui vaccine selon les recommandations du calendrier vaccinal mais qui sait qu'en la matière, il faut faire un effort car la couverture vaccinale de sa patientèle, du territoire dans lequel il travaille est faible et que l'ensemble des médecins se sont engagés à l'améliorer en y portant une attention particulière. Dans cette dernière stratégie, on voit qu'il est important de disposer de données sur l'état de santé d'un territoire donné, que les médecins ont à connaître leur patientèle et leur pratique, que les professionnels de santé du territoire doivent avoir décidé de travailler à un objectif commun (ici améliorer la couverture vaccinale de la population qu'ils suivent) et qu'ils disposent d'outils d'évaluation de leur démarche.

Ce raisonnement commun est valable et transposable pour de nombreux thèmes : pour le dépistage organisé du cancer colorectal ou dans le cadre d'une mobilisation pour mieux prendre en compte le risque alcool, les patients diabétiques...

En d'autres termes, l'enjeu pour la médecine générale de demain consistera à concilier les deux approches (individuelle et collective) d'un territoire donné tout en répondant aux besoins de la population suivie. Pour cela, le pré-requis indispensable est de disposer d'un système d'information. Celui-ci peut être issu d'un relevé *ad hoc*, du dossier médical personnel... Au-delà de l'appropriation de la dimension santé publique de leurs activités de prévention, c'est finalement d'une vue d'ensemble dont les médecins généralistes ont besoin afin de mieux intégrer et amplifier leur mission de prévention dans une logique collective. Ces problématiques ne sont pas spécifiquement françaises et l'expérience souvent ancienne des pays de la Communauté Européenne en organisation des soins primaires permet d'illustrer à la fois les problèmes à résoudre et les solutions.

La Loi du 9 août 2004 dite de santé publique, en instaurant *des consultations de prévention* aux différents âges de la vie, ouvre la voie à une activité encore plus organisée sur un temps donné. La consultation de prévention est, sur le principe, fondamentalement différente d'une consultation traditionnelle : l'une est l'offre d'un bilan de synthèse axé sur les questions de prévention, l'autre répond à une demande d'un patient le plus souvent dans une logique de soins. Dans son pré-supposé, la consultation de prévention sous-entend que le repérage, le dépistage des facteurs de risque ou de certaines pathologies n'est pas actuellement suffisant et qu'il faut faire plus. Il faut faire plus pour ce qui est peu ou mal pris en compte ou pour atteindre ceux qui ne consultent pas. L'un des écueils de ces consultations est qu'elles touchent plus ceux qui consultent le plus (parfois par anxiété plus que par nécessité) et pas ceux qui en bénéficieraient le plus. Cette démarche est proche de celle des examens périodiques de santé des centres d'examen de santé de la sécurité sociale qui, au fil du temps, se sont recentrés sur des populations spécifiques : personnes en situation de précarité, personnes ayant été exposées professionnellement à certains risques. Dans le cadre de la consultation de prévention à 70 ans en expérimentation, il s'agit de repérer les facteurs de risque indirects de la dépendance. En termes de politique publique, il convient de ne pas oublier que la décision de développer un programme de dépistage répond à des règles précises définies par l'OMS et que, dans ce domaine, il faut être attentif à la balance bénéfice-risque, au rapport coût-efficacité et que toute démarche de dépistage doit permettre une prise en charge spécifique. Il sera indispensable de donner les moyens d'apprécier l'impact des consultations de prévention sur la tranche d'âges concernée et de transmettre aux médecins les informations utiles disponibles dans le cadre du système médecin traitant (liste de patients à cibler, options de prise en charge, retours d'information).

Les bilans de synthèse annuels sont suggérés pour certaines maladies chroniques dans une logique de prévention des complications de ces maladies et de meilleure organisation de la prise en charge. Il s'agit en effet de s'assurer de la qualité des soins (dont l'observance) mais aussi de la mise en place de la coordination des soins, de la prise en compte de la dimension sociale, notamment des aides à la vie quotidienne lorsqu'elles sont nécessaires. Ainsi, pour les patients infectés par le VIH, a été instauré un bilan annuel de synthèse à l'hôpital. Ce type de bilan a aussi été évoqué pour les patients atteints de maladie d'Alzheimer dans le dernier plan porté par le Président de la République. Ces bilans peuvent être source d'informations très importantes si les données à recueillir sont standardisées et définies, avec les médecins généralistes, dans un souci opérationnel de faisabilité. Ils peuvent amener les médecins à mieux prendre en compte certains aspects comme l'éducation thérapeutique ou la qualité de vie si des questions intégrant ces dimensions sont prises en compte. Il faut toutefois souligner, malgré des mesures incitatives de rémunération spécifique, l'échec actuel de la consultation annuelle approfondie. Le patient ne comprend pas que son généraliste morcelle tout à coup sa pratique et le fasse revenir spécifiquement pour une consultation approfondie annuelle.

Il s'avère donc nécessaire d'informer les patients sur cette mission de santé publique du médecin généraliste, afin de rendre ce type d'action plus lisible et donc plus efficient. C'est quand il y a cohérence entre les messages nationaux et la pratique des médecins généralistes (« les antibiotiques, ce n'est pas automatique » ou la réforme du médecin traitant) que l'efficacité est la plus grande.

Il faut comprendre que, pour le médecin, le travail de santé publique se fait aussi en dehors de la présence du patient : établissement du profil de risque individuel, de son état de santé, identification de la nécessité d'un programme pour un groupe donné portant un risque, concertation interprofessionnelle...

2. La démarche d'évaluation des pratiques professionnelles

L'enjeu est celui de l'amélioration des pratiques professionnelles en considérant qu'il existe toujours un écart entre la pratique réelle et les recommandations. Pour améliorer ces pratiques, une politique d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a été mise en place en 1999 pour le système libéral. Elle est centrée sur l'évaluation du dossier médical et des pratiques médicales. Elle est assurée par des pairs. L'EPP est un réel outil d'amélioration de la qualité des soins du fait de son caractère volontaire et anonyme ; son organisation par la profession et pour la profession a permis de lever les vives oppositions initiales à la démarche et d'éviter le risque de « trucage » de l'évaluation. Encore faut-il que cette démarche soit accompagnée de formation médicale continue, qu'elle prenne une dimension collective sur la base de cahiers des charges discutés au niveau national et/ou de propositions locales ou régionales adaptées à des besoins particuliers.

Il reste encore beaucoup à faire pour inscrire les EPP comme un outil majeur de la qualité des soins. Le fait de pouvoir disposer d'un système d'information peut faire gagner un temps considérable, le fait de donner une cohérence sur un territoire ou une population donne à la démarche d'EPP une dimension de santé publique. Démarche qui présente en outre l'avantage de devoir s'interroger sur les co-déterminants de la décision médicale avec ses variabilités chez un même professionnel, entre les professionnels et même entre différentes régions.

3. Les activités de coordination, de concertation, de coopération

Ce type d'activités n'est pas encore clairement défini en France. La mise en place du dispositif de médecin traitant et d'un parcours de soins pour le patient suppose pourtant implicitement de se pencher sur les modalités de circulation de l'information, indispensable et utile, entre les divers acteurs de santé impliqués et sur les réelles possibilités de la maîtrise du dispositif pour chaque patient par son médecin traitant.

Ces points ont été évoqués dans le cadre du plan Alzheimer afin de s'assurer que l'ensemble des aides soit mis à la disposition du patient atteint de la maladie d'Alzheimer et de son aidant. Plusieurs modalités d'organisation ont été proposées en particulier la création d'un nouveau métier d'assistant en gérontologie. Pour le médecin traitant, il s'agirait surtout de savoir et pouvoir mobiliser les personnes susceptibles de contribuer à mieux répondre aux besoins des malades et de leurs proches. Une expérimentation de forfait Alzheimer est envisagée intégrant un bilan annuel de synthèse et un engagement de coordination.

L'organisation de l'éducation thérapeutique du patient impose, quant à elle, une coordination des soins et de la prévention.

Enfin, la concertation entre professionnels autour d'objectifs communs permet d'analyser des pratiques professionnelles et de construire des programmes de santé publique. Certains évoquent la création d'associations regroupant les professionnels pour proposer des formations, des protocoles, des outils d'EPP, des fiches d'information pour les patients...

A côté des aspects de coordination directe des soins pour un patient donné, une part significative des médecins généralistes a développé des compétences spécifiques fortement liées à des thèmes de santé publique. Ainsi certains exercent-ils à temps partiel dans de nombreux dispositifs (addiction, santé mentale, planification familiale, EHPAD, hôpitaux locaux...), sont investis bénévolement dans des structures de dépistage organisé des cancers, dans des réseaux régionaux... Ces pratiques pluri-statutaires représentent des atouts importants en matière de coordination. Elles doivent être reconnues par la société et les financeurs.

4. Les autres activités de santé publique

- *Veille sanitaire, surveillance et vigilance*

Certains médecins sont déjà impliqués dans des activités de ce type.

Ainsi, par exemple, la surveillance de la grippe repose en grande partie, depuis plus de 20 ans, sur des généralistes dans le cadre de réseaux de veille sanitaire. Ces réseaux sont susceptibles de s'accroître afin d'assurer un maillage plus fin du territoire favorisant l'alerte précoce en cas de phénomènes émergents. Mais ce type d'activité repose sur le volontariat et le bénévolat et par définition ne concerne qu'une frange de médecins généralistes (dont la clientèle peut être toutefois considérée comme représentative). Si cette implication d'une partie seulement des médecins est généralement suffisante pour assurer l'alerte et la surveillance de maladies à forte incidence, elle ne permet pas de combler le déficit d'information lié, par exemple, à la sous-notification des maladies à déclaration obligatoire.

En matière de vigilance, il y a beaucoup à faire tant les notifications restent faibles. C'est toute une culture du signalement qu'il faut faire acquérir dans ce domaine. Des projets sont en cours notamment en pharmacovigilance pour les personnes âgées.

Ces activités de veille sanitaire, de surveillance et de vigilance mériteraient d'être reconnues, inscrites dans les compétences des généralistes et rémunérées à leur juste valeur afin d'assurer leur pérennisation et leur extension.

- *Les activités d'expertise en santé publique*

Les médecins traitants sont sollicités pour participer à des expertises, à l'élaboration de recommandations professionnelles ou de plans de gestion des risques sanitaires, à des conférences de consensus... Ces investissements sont souvent chronophages et se font au détriment de leurs activités libérales. La juste indemnisation de ce travail doit être envisagée comme le fait déjà par exemple la HAS ; elle doit être encadrée par des règles prenant en compte les possibles conflits d'intérêts.

- *Les activités de formation et de recherche en santé publique*

La reconnaissance de l'activité de santé publique dans la discipline de médecine générale doit pouvoir s'appuyer sur des travaux de recherche menés par les acteurs eux-mêmes. Il est important de donner aux médecins généralistes les moyens de mettre en place des programmes coordonnés de recherche en santé publique en médecine générale (crédits spécifiques fléchés, sur un modèle qui pourrait être similaire à celui des PHRC et adapté aux soins ambulatoires).

De même, il faudra veiller à ce que la culture « santé publique » fasse partie intégrante des objectifs de la formation initiale et continue des médecins généralistes.

Il est souhaitable que les pôles universitaires de médecine générale soient pleinement associés à ces dispositifs de formation et de recherche.

C- Gouvernance

La gouvernance est cruciale et fait cruellement défaut.

La convention médicale peut apparaître comme un des éléments de contractualisation du bon usage des soins et de la promotion de pratiques de prévention. L'avenant 23 à la convention médicale souligne l'engagement entre l'assurance maladie et les médecins libéraux de mettre l'accent sur plusieurs thèmes : le dépistage du cancer du sein, la vaccination antigrippale chez les personnes âgées, la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées et la prévention des risques cardiovasculaires, en premier lieu le diabète. Les engagements 2008, inscrits dans une

logique de gestion des risques, sont même ambitieux (cf. annexe 2). Ces engagements sont cependant très fragiles car non accompagnés. Les médecins connaissent mal cet avenant. Les données concernant ces thématiques ne sont ni disponibles, ni accessibles aux médecins ne leur permettant pas d'apprécier leurs pratiques ni la situation territoriale... L'enjeu est de permettre aux médecins d'appréhender leur pratique et ses conséquences en termes de coûts et d'atteindre les objectifs retenus. Il faut s'en donner les moyens.

Le ministère de la Santé doit donner de la cohérence aux pratiques de soins de santé primaire. Or, aujourd'hui, il n'existe pas de direction ou de bureau en charge de la médecine générale (ou des soins primaires) au sein du ministère alors que les généralistes représentent une part très importante de l'activité de soins dans notre pays. Il est indispensable que l'offre de soins primaires soit pilotée dans notre pays. La nomination d'un « Monsieur » ou une « Madame » soins de santé primaire ou de premier recours, est souhaitée au ministère de la Santé.

Le développement de *services universitaires de médecine générale et ambulatoires (SUMGA)*, envisagée par l'ISNAR-MG⁶, devrait apporter au niveau régional une base de réflexion, de recherche et permettre de former les futurs professionnels à ce regard de santé publique indispensable pour pouvoir promouvoir l'état de santé de ceux dont ils ont la charge.

Pour permettre à la discipline universitaire de médecine générale de s'affirmer, il est nécessaire que la connaissance produite par les médecins généralistes soit formalisée et analysée pour mieux apprécier les situations sanitaires, les pratiques et les faire évoluer. Les départements de santé publique devraient être des partenaires naturels des départements de médecine générale. La formation médicale initiale de médecine générale doit intégrer les notions de prévention, de qualité, de gestion des risques, bref une dimension collective de santé publique. La fonction de santé publique des généralistes a à être enseignée et doit être intégrée dans les modules de formation initiale et continue.

Enfin, la formation médicale continue doit être articulée avec les recommandations de pratiques cliniques, les stratégies d'évaluations des pratiques professionnelles et les priorités des plans régionaux et nationaux. Il est essentiel que des cadres pérennes soient fixés et que son développement soit porté par la profession.

D- Quels modes de rémunération ?

Le mode actuel de rémunération est le paiement à l'acte. Les accords conventionnels prenant en compte les augmentations du C sont associés à des engagements de maîtrise médicalisée et à des accords de bon usage de soins (acbus). Plusieurs essais de nouveaux modes de rémunération d'activités de santé publique se sont appuyés ou s'appuient sur le paiement à l'acte. Cela a été le cas pour l'option médecin référent (OMR) qui permettait une rémunération à 2C de la consultation annuelle de synthèse ; son développement a été arrêté. Le C approfondi n'a pas, comme les nouveaux paiements à l'acte dédiés à une action ponctuelle, rencontré de succès tant auprès des médecins que des patients. La consultation de prévention à 70 ans est évaluée à 2,5C et est en cours d'expérimentation. Les futurs bilans de synthèse annuels envisagés, comme le forfait Alzheimer, reprendront probablement cette approche.

Toutefois, toute une série de tâches pourraient être rémunérées de manière forfaitaire : des éléments d'organisation, de procédures voire d'efficacité : disposer de listes et de caractéristiques de la population suivie, de sous populations, de pratiques professionnelles et d'état de santé... La loi de financement de la sécurité sociale de 2008 prévoit, d'ailleurs, des expérimentations en matière de mode de rémunération qui pourraient être utilisées à cet effet.

⁶ ISNAR-MG : Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des internes en Médecine Générale.

Certains évoquent un forfait sur objectifs modulables, basés sur des contrats individuels ou collectifs avec l'assurance maladie :

Par exemple :

- contrat d'objectif individuel sur la vaccination antigrippale ;
- contrats individuels « dépistage » intégrant les cancers du sein, colorectal et les frottis cervico-vaginaux ;
- contrat traitements des hypercholestérolémies par statines... ;
- contrats individuels plus globaux, de type contrat sanitaire pour les médecins généralistes, sur le modèle de celui des vétérinaires ;
- contrats individuels forfaitaires de mise en œuvre d'activités de prévention (éducation pour la santé, éducation thérapeutique par exemple) au sein de maisons pluridisciplinaires, en collaboration multiprofessionnelle.

Ces propositions de contrats individuels sont les prémices d'une logique de paiement à la performance.

D'autres évoquent des mécanismes de valorisation financière autour d'un projet de santé local, de quartier sur la base de contrats d'objectifs et de moyens.

La pénétration des démarches de santé publique en médecine générale doit s'accompagner des mesures permettant de la libération de temps médecin. Sans cela le médecin généraliste ne pourra s'investir dans le recueil de données, leur analyse, les choix et décisions en matière d'orientation du travail de santé publique de l'unité de santé à laquelle il appartient, dans les réunions de concertation avec ses homologues ou les autres acteurs locaux (ville, quartier, communauté de commune), régionaux voire nationaux. Cela implique une organisation différente du travail et l'indemnisation des professionnels investis hors de la réalisation des actes quotidiens face aux patients.

Les huit recommandations de la Société Française de Santé Publique

La SFSP recommande :

- 1- **d'intégrer (après les avoir clairement définies) les missions de santé publique du médecin généraliste dans le référentiel métier⁷ de la médecine générale et dans la Loi**, seul moyen de permettre aux médecins généralistes de s'investir dans ce champ.

Ces activités doivent être, au minimum, organisées et applicables à l'échelle d'une patientèle. Elles prennent alors à la fois une dimension individuelle et collective (ou populationnelle) et c'est ce qui en fait des activités de santé publique.

Elles relèvent de la prévention et de fonctions plus générales de service public (veille sanitaire, gestion des risques, expertises, concertation avec les instances loco régionales...). Elle s'appuie sur la coopération avec les autres professionnels de santé et du social, voire de coordination mais aussi sur l'évaluation des pratiques professionnelles (qualité, risque).

- 2- **de permettre aux médecins généralistes d'accéder aux données existantes et de leur permettre de produire leurs propres données concernant leur patientèle et/ou les regroupements de leurs patientèles.**

Il faut donner aux généralistes le pouvoir d'apprécier et de suivre les caractéristiques de leur patientèle et leurs pratiques, et ce afin d'optimiser leurs « pratiques cliniques préventives ».

Pour optimiser les pratiques de prévention, il est urgent que :

- ***les pouvoirs publics établissent un cahier des charges des logiciels médicaux*** intégrant dans un premier temps les principaux facteurs de risques et les indicateurs très simples et opérants de suivi des pathologies à forte prévalence. Des synthèses annuelles doivent pouvoir être effectuées directement par les médecins généralistes avec des entrées par pathologie (diabète, HTA...), par âge (exemple : taux de couverture vaccinale au-dessus de 65 ans), par déterminant (dyslipidémies, addictions, risque suicidaire...). Il est indispensable que les médecins généralistes puissent caractériser leur patientèle, distinguer des sous-populations et repérer des problématiques particulières. Cette activité de production de connaissance est cruciale.
- ***l'assurance maladie délivre aux médecins généralistes leur liste de patients (dispositif médecin traitant)*** tout en poursuivant la déclinaison d'indicateurs collectifs.

Il est aussi très important que les généralistes aient accès aux données issues des territoires de santé dans lesquels ils travaillent : données des réseaux de santé, des observatoires régionaux de santé, des baromètres santé, des ateliers santé-ville.

⁷ Un référentiel métier de la médecine générale est actuellement en discussion au sein du conseil national de l'ordre des médecins.

3- Une montée en charge progressive des activités de santé publique

Il convient de favoriser une gestion populationnelle et territoriale des questions de santé publique des généralistes, tout en leur permettant de continuer à assumer et développer leurs activités de soins. Pour cela, il convient de s'appuyer dans un premier temps sur :

- des actions de santé publique centrées sur la pratique des médecins généralistes et en cohérence avec les plans nationaux, régionaux, locaux ;
- des modèles simples : pathologie fréquente, marge d'amélioration réelle, recommandations établies, système d'évaluation simple, résultats facilement appréciables pour les pouvoirs publics et les généralistes ;
- des objectifs clairs et réalisables, définis en concertation avec les médecins généralistes.

La montée en charge des activités de santé publique doit être modulable et progressive. Il convient d'être attentif à ne pas « charger la barque » des activités des généralistes par l'introduction de nouvelles tâches. Ces nouvelles tâches doivent être vécues comme une amorce d'un changement de système susceptible de redonner pour l'avenir une nouvelle attractivité à la médecine générale.

4- de tenir compte des niveaux d'exercice

Il convient de distinguer la position du médecin :

- a. dans l'exercice de son cabinet et de sa relation avec son patient : ses stratégies de prévention, de soins ;
- b. dans sa structure de soins : cabinet de groupe, maison médicale, centres de santé en intégrant la question du travail en équipe ;
- c. dans son environnement territorial (quartier, bassin de vie, département, région)

afin de hiérarchiser les priorités et définir des actions communes : facteurs de risque cardiovasculaires, pathologies à forte prévalence, maladies transmissibles, suivi préventif (enfance, adolescence, personnes âgées, etc.).

Les futurs cahiers des charges, définis en concertation avec les médecins généralistes, doivent donc prendre en compte les différents niveaux d'exercice et être à géométrie variable.

5- d'adopter des stratégies incitatives en respectant le volontariat

La prise de conscience d'un problème de santé publique dans une unité de santé de proximité (un cabinet de groupe, plusieurs cabinets individuels ou de groupe, ou des cabinets sur une unité géographique donnée proposant des soins et des prestations de santé à une population), doit au mieux, partir des médecins généralistes eux même, pour qu'ils s'approprient la démarche. Si les médecins généralistes prennent conscience qu'il existe une ou des questions de santé publique auxquelles les réponses ne sont pas apportées ou suffisamment prises en charge, l'envie d'y répondre apparaîtra. Cet investissement sur des missions de santé publique ne peut se faire que sur une base volontaire et incitative. Il faut montrer aux généralistes l'intérêt du regard de santé publique sur leur patientèle et rendre cette mission, comme le métier de médecin généraliste, attractifs.

Les moyens d'incitation sont de plusieurs ordres :

- des cadres de références associés à des stratégies centrées sur la pratique des médecins généralistes ;
- l'accès aux données, listings de patients, tableaux de bord de l'état de santé local ou régional ou national ;
- l'allègement des démarches administratives chronophages ;
- une rémunération à « gérer la qualité » sur des critères intégrant des éléments d'organisation, de procédures et d'efficacité ;
- une rémunération des fonctions de service public (veille sanitaire, gestion des risques, expertises, concertation avec les instances loco régionales...) ;
- une rémunération forfaitaire pour certaines activités de prévention ;
- des appels d'offre pour faire émerger des projets locaux permettant de créer et d'entretenir une dynamique, adaptée à chaque situation et problème de santé ;
- une formation médicale continue fonctionnelle priorisée en national, en régional mais aussi en local ;
- une formation initiale des spécialistes de médecine générale intégrant le champ de la santé publique et l'utilisation des futurs outils ;
- des appels à projets de recherche en médecine générale / santé publique.

6- l'élaboration d'un cadre national de référence associé à un cadre régional

Il est indispensable que soient élaborés des cahiers des charges discutés au niveau national avec des représentants des généralistes et des experts de santé publique et de l'organisation des soins définissant la politique publique.

Il convient aussi d'établir des cahiers des charges régionaux complémentaires intégrant les spécificités de chacune des régions : effondrement de la démographie des professionnels de santé, repérage précoce et interventions brèves face aux comportements à risque, VIH, toxicomanie, saturnisme...

7- l'expérimentation d'un système de financement mixte : rémunération par forfait plus rémunération à l'acte permettant la prise en compte et la mise en œuvre des activités de santé publique des généralistes

La loi de financement de la sécurité sociale de 2008 prévoit des expérimentations en matière de mode de rémunération qui devraient être utilisées. La rémunération à « gérer la qualité » sur des critères intégrant des éléments d'organisation, de procédures et d'efficacité développés dans de nombreux systèmes de santé européens devrait être dorénavant développée.

Il s'agit d'amorcer, avec les médecins généralistes, de nouveaux modes d'exercice et de travailler à la médecine de demain.

8- un changement de gouvernance régional et national avec

- au niveau régional la création d'un pôle prévention au sein des agences régionales de santé peut permettre d'y envisager une gouvernance du pan des activités en santé publique des généralistes. Il est souhaitable que les pôles universitaires de médecine générale soient pleinement associés à ce dispositif afin d'intégrer les fonctions de recherche et d'enseignement, clés de l'avenir.

Il convient d'articuler deux logiques : celle du médecin généraliste et de sa patientèle ,premier échelon de ses activités de santé publique inscrites dans le cadre strict du soin, et celle de programmes de santé publique qui eux s'inscrivent dans une logique de territoire impliquant de multiples professionnels du champ sanitaire et social. Les ARS auront à piloter ces deux dimensions.

La mise en place des ARS représente une opportunité pour essayer de réduire le nombre de territoires institutionnels qui entravent de nombreuses dynamiques de programmes.

- au niveau national la création d'une mission soins primaires au ministère de la Santé afin de développer une organisation des soins et l'utilisation des services de manière plus rationnelle.

Le budget consacré par l'Etat pour rémunérer les activités de santé publique des généralistes devrait être regroupé au sein d'une seule enveloppe pérenne, votée au Parlement favorisant ainsi la lisibilité de l'effort national, la cohérence des engagements, leur optimisation et facilitant l'évaluation des mesures décidées, de même que leur réorientation pertinente.

Annexe 1 - Carré de White et Green



White KL, The ecology of medical care revisited,
N Engl J Med, 2001; 344, 2021-2025

Annexe 2 – Tableau récapitulatif des activités de prévention (Bury, 1988)

Prévention	primaire	secondaire	tertiaire
Actes médicaux et techniques	Vaccinations	Dépistages	Rééducation respiratoire chez les anciens fumeurs
Actions sur l'environnement (génie sanitaire, recherche industrielle...)	Traitement et élimination des déchets	Isolation contre le bruit	Aménagement des lieux publics pour faciliter l'accès aux personnes handicapées
Mesures légales	Loi Evin	Obligation de certains dépistages	Législation sur l'intégration professionnelle des handicapés
Mesures socio-économiques	Construction de logements sociaux	CDAG	Couverture médicale universelle
Education pour la santé	Education des jeunes parents sur les soins du bébé	Education nutritionnelle des personnes hypertendues	Education du patient atteint de maladies chroniques
Auto-prévention	Adaptation du régime alimentaire aux besoins énergétiques	Autopalpation des seins	Participation à un groupe d'anciens buveurs

**Annexe 3 - L'avenant 23 à la convention médicale :
Maîtrise médicalisée et accord de bon usage de soins**

L'avenant 23 à la convention médicale - Les engagements 2008 :

* en maîtrise médicalisée sont les suivants :

- Baisse de 5% des montants 2007 de la prescription d'antibiotiques ;
- Stabilisation des montants de prescriptions des statines par rapport à l'année 2007 ;
- Baisse de 5% des montants de prescriptions d'anxiolytiques et d'hypnotiques en 2008 par rapport à l'année 2007 ;
- Baisse de 2% des montants tendanciels 2008 des prescriptions d'antihypertenseurs ;
- Baisse de 1% en volume des indemnités journalières liées aux arrêts de travail par rapport à la tendance 2008 ;
- Transfert de 2,5 points de dépenses en rapport avec une affection de longue durée vers les dépenses sans rapport avec une affection de longue durée ;
- Baisse de 5% des volumes de prescription des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) par rapport à la tendance 2008 ;
- Baisse de 5% des prescriptions de transport par rapport à la tendance 2008 correspondant à une croissance des dépenses de 2% ;
- Baisse des volumes de certains actes diagnostiques et thérapeutiques identifiés notamment à la lumière de l'analyse des pratiques réalisée dans le cadre de l'observatoire de la CCAM ;
- Stabilisation du volume de lits médicalisés en location par rapport à l'année 2007.

* en accord de bon usage de soins (AcBUS)3, maintien des objectifs définis pour 2007 :

- Efficacité des prescriptions d'anti-agrégants plaquettaires (AAP) : augmentation d'au moins 5 points du nombre de patients sous aspirine seule ou associée à un autre AAP sur l'ensemble des patients sous AAP ;
- Bon usage de la coloscopie après polypectomie : taux de patients ayant bénéficié d'une polypectomie et chez lesquels on observe une (ou plusieurs) nouvelle(s) coloscopie(s) entre les 4^e et 24^e mois suivant la polypectomie inférieur à 0,5% à 2 ans.

Sous la coordination de

- **François Bourdillon (Président de la SFSP) ;**
- **Anne Mosnier (Epiter / SFSP) ;**
- **et Jean Godard (Médecin généraliste).**

Comité de pilotage

Francis Abramovici (médecin généraliste – Lagny, Ile-de-France)
Marie-Laure Alby (médecin généraliste – Paris, Ile-de-France)
Rémi Bataillon (médecin de santé publique – Rennes, Bretagne)
Hélène Baudry (médecin généraliste – Damgan, Bretagne)
Claude Berrard (médecin généraliste – Poitiers, Poitou-Charentes)
François Bourdillon (médecin de santé publique, Paris, Ile-de-France)
Bernard Clary (médecin généraliste – Trèbes, Languedoc-Roussillon)
Evelyne Delory (médecin généraliste – St Brice sous Forêt, Ile-de-France)
Emmanuel Gallot (interne en médecine générale – Angers, Pays de la Loire)
Bernard Gavid (médecin généraliste – Neuville de Poitou, Poitou-Charentes)
Jean Godard (médecin généraliste – Val de Saône, Haute-Normandie)
Claude Martineaux (médecin généraliste – Argenteuil, Ile-de-France)
Anne Mosnier (médecin de santé publique, Paris, Ile-de-France)
Emmanuel Ricard (médecin de santé publique – Nancy, Lorraine)
Marc Schoene (médecin généraliste – Paris, Ile-de-France)

Avec la participation au séminaire du 31 mai 2008 de :

Yann Bourgueil (médecin de santé publique – Paris, Ile-de-France)
Marika Bouret (interne en médecine générale – Tours, Centre)
Gérard Bourrel (médecin généraliste – Perpignan, Languedoc-Roussillon)
Marc Brodin (médecin de santé publique – Paris, Ile-de-France)
Sandrine Buscail (médecin généraliste de formation – Paris, Ile-de-France)
Laurent Chambaud (médecin de santé publique – Paris, Ile-de-France)
Annabel Dunbavand (médecin de santé publique – Paris, Ile-de-France)
Pierre Fainsilber (médecin généraliste – Gaillon, Haute-Normandie)
Hector Falcoff (médecin généraliste – Paris, Ile-de-France)
Jean-Luc Gallais (médecin généraliste – Paris, Ile-de-France)
Emmanuelle Le Lay (médecin de santé publique – Paris, Ile-de-France)
Bernard Ledésert (médecin de santé publique – Montpellier, Languedoc-Roussillon)
Vincent Leroux (médecin de santé publique – Paris, Ile-de-France)
Pierre Lombrail (médecin de santé publique – Nantes, Pays de Loire)
Eric May (médecin généraliste – Malakoff, Ile-de-France)
Richard Lopez (médecin généraliste – Champigny sur Marne, Ile-de-France)
Andréa Poppelier (interne en médecine générale – Poitiers, Poitou-Charentes)