

Rapport au ministre de la santé

Consultation périodique de prévention

Professeur Joël Menard

Paris, janvier 2005

Rapport résumé

Diffusé par le site « Pratiques en santé » :
www.pratiquesensante.info

RESUME DU RAPPORT

- 1) 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.
- 2) Une consultation périodique de prévention hiérarchise les risques individuels de santé autour des comportements, de la famille, de la biologie et de l'environnement. Elle organise leur réduction sur les actions dont les rapports bénéfices/risques et bénéfices/coûts ont été démontrés favorables : modification des comportements, programmation des dépistages, traitements préventifs parmi lesquels les vaccinations.
- 3) L'objectif est d'essayer de donner à 100 % des français la possibilité de hiérarchiser leurs risques de santé, à un moment de leur vie où des méthodes de réduction de ces risques ont été démontrées faisables et efficaces. Les âges à discuter chez l'adulte sont certainement 49-51 ans, probablement 69-71 ans, et peut-être 29-31 ans.
- 4) La trame d'un cadre national minimal sera conçue par une coordination de l'expertise déjà disponible dans les Agences de Santé qui sont toutes concernées. Une mise en œuvre régionale et départementale veillera à mobiliser, grâce aux Caisses d'Assurance Maladie, tous les assurés sociaux vers des professionnels de santé préalablement formés, et à suivre les résultats obtenus.
- 5) L'organisation de la prévention individuelle pour tous et son évaluation devraient utiliser de plus en plus l'Internet à Haut Débit et les courriels.
- 6) Des expériences-pilotes régionales devraient être implantées pendant trois à cinq ans avant toute généralisation nationale d'une consultation périodique de prévention, quels que soient la cible et le contenu choisis.

- 7) La rigueur et le travail en groupe nécessaires au succès de l'approche développée de 1 à 6 peuvent être culturellement décalés par rapport à l'état actuel de la médecine française, et aux habitudes des français. L'entrée dans l'analyse des risques de santé personnels autre que l'âge peut être envisagée : c'est l'histoire de santé familiale. Elle ne serait pas seulement construite systématiquement pour les maladies rares. On la construirait aussi pour les maladies fréquentes multifactorielles, chaque fois que celles-ci surviennent chez une personne à un âge anormalement jeune.
- 8) Les mêmes efforts sur l'histoire de santé familiale que ceux initiés aux Etats-Unis depuis 2002 devraient être structurés en France. Tous les professionnels de santé sont concernés : médecins, pharmaciens, infirmiers ainsi que le public.
- 9) Une autre question émerge dans la médecine préventive du 21^{ème} siècle : quand la prévention est médicamenteuse, le succès final est-il d'avoir un rapport bénéfice/risque tel que l'utilisateur puisse avoir accès à une auto-administration au long cours pour prévenir un risque ?
- 10) Si la réponse est positive, les professionnels de santé devraient penser à se positionner différemment les uns par rapport aux autres. Le modèle initial d'une réflexion indispensable est l'accès sans ordonnance en pharmacie à une statine ou à l'aspirine à faible dose dans la prévention des maladies cardiovasculaires.

La prévention des risques comportementaux (violence routière, tabagisme, alcoolisme), environnementaux (amiante, tabagisme passif, plomb) et iatrogéniques (transfusion sanguine, infections nosocomiales, médicaments) a été insuffisante en France jusqu'au début des années 1990. Simultanément, la prévention individuelle a été assumée par un système de soins qui a été à la fois l'un des plus efficaces et plus coûteux d'Europe et où les soins préventifs et curatifs n'étaient pas clairement individualisés. La qualité du système de soins préventifs et curatifs a néanmoins compensé partiellement les faiblesses de la prévention collective. Elle a contribué aux bonnes performances d'ensemble du système de santé français, reconnues par l'Organisation Mondiale de la Santé (2000). Celle-ci insiste sur l'homogénéité de ce système de soins, obtenue par une prise en charge collective des risques sanitaires, où chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins. Il faut bien avoir en tête qu'en matière de performances d'un système de santé, comme en termes d'exposition à un risque, il existe des décalages de plusieurs années ou décennies entre le moment d'une décision ou d'une exposition et les conséquences individuelles ou collectives de celles-ci. **C'est dire l'importance de l'anticipation : l'objectif d'aujourd'hui est la santé entre 2010 et 2020.**

Il y a quatre paramètres essentiels sur lesquels il est possible d'agir, pour espérer une évaluation favorable des résultats que peut obtenir notre système de santé jusqu'en 2020.

1) Préserver les équilibres financiers. Il faut vérifier que chacun reçoit bien selon ses besoins. Il faut éviter que la taille des groupes les plus désavantagés de notre population n'augmente du fait des faiblesses de nos équilibres économiques. Il faut ajuster le système des cotisations, pour que chacun y contribue réellement selon l'ensemble de ses moyens. Les progrès techniques, le vieillissement de la population, les demandes des citoyens et les pressions commerciales continueront à coup sûr à générer les difficultés déjà rencontrées depuis 30 ans pour trouver un équilibre. C'est donc une grande responsabilité de recommander des actions - par exemple les consultations périodiques de prévention - dont les coûts et les bénéfices doivent préalablement être examinés par comparaison à ceux d'autres opportunités éventuellement plus efficaces.

2) Maintenir et améliorer la qualité actuelle du système de soins. Une évolution de l'organisation d'ensemble est rendue nécessaire, non seulement en fonction de l'évolution des techniques, mais surtout en fonction des changements dans le nombre, les activités et la psychologie des personnels de santé. La consommation de temps-humain rendue nécessaire par la gestion de systèmes de plus en plus complexes s'associe à une demande de compétences spécifiques de plus en plus étroites (neurochirurgie, ophtalmologie, chirurgie assistée par ordinateur par exemple) ou nouvelles (recherche biologique et clinique, épidémiologie d'intervention par exemple). Les formations initiale et permanente des personnels de santé risquent fort d'être insuffisantes et/ou inadaptées aux besoins, comme il est possible qu'elles l'aient déjà été depuis plus d'une décennie. Il faut donc répondre au mieux à de vrais besoins et non pas contribuer à créer de faux besoins, en particulier par des processus normatifs.

3) Améliorer la prévention collective. Cette responsabilité d'Etat est beaucoup mieux assumée depuis le début des années 1990, à travers la création du Haut Comité de Santé Publique, la loi de Sécurité Sanitaire, la loi du Droit des Malades, et la loi de Santé Publique. Que l'amélioration de la prévention collective puisse aboutir à des résultats frappants a été rendu évident par la diminution spectaculaire du nombre des victimes de la violence routière, par la stagnation puis la diminution des ventes de tabac, par le contrôle de l'encéphalopathie spongiforme bovine. Ces résultats concernent les années 2000-2010.

A l'inverse, on doit garder des craintes sur des phénomènes de société susceptibles d'être néfastes pour la santé telles que les pressions issues sans cesse de différents milieux commerciaux (producteurs et vendeurs de boissons alcoolisées, producteurs et distributeurs de tabac, industries agro-alimentaires, industries du médicament). Les actions mises en route sur la qualité de l'air, la prévention des risques climatiques, le plan national nutrition-santé, la lutte contre la iatrogénèse ou la résistance aux antibiotiques pourraient apporter une contribution majeure à la réduction des risques collectifs. Que l'alerte contre les épidémies soit maintenue au plus haut niveau d'organisation et de recherche possible est également une évidence qui requiert encore plus de participation de tous les professionnels (grippe, SRAS, West Nile virus etc..).

4) Améliorer la prévention individuelle. C'est la petite mais **indispensable** place de ce rapport qui tente, à l'occasion d'une réflexion sur d'éventuels examens périodiques de prévention, de proposer quelques idées simples.

Les travaux qui ont conduit à la Loi de Santé Publique du 9 Août 2004, les travaux réalisés par les Caisses Nationales d'Assurance Maladie, le rapport de l'Académie de Médecine (Pr. Tubiana, Pr Legrain) de 2002, le rapport annuel de l'IGAS de 2003 constituent une base de connaissances très bien documentée sur la prévention. Cette réflexion sur la prévention n'est d'ailleurs pas nouvelle, depuis la première Loi de Santé Publique de 1902. En reprenant un texte cité par D. Postel-Vinay (CANAM), on se rappellera ce qu'écrivait le Député Grinda dans la préparation des Lois sur les Assurances Sociales en 1930 : « Le carnet de santé, les visites périodiques, l'éducation hygiénique de la collectivité assurée, permettront de réaliser le but essentiel de la réforme : la prévention des maladies ».

Pour un expert à qui l'on demande de remettre en trois mois des recommandations sur les consultations périodiques de prévention, il est nécessaire de trouver un angle de vue complémentaire de ce qui a été dit et bien dit, et de ce qui a été fait et parfois bien fait, auparavant. **Le point de vue choisi est le pragmatisme.** Plusieurs sources de connaissances sont utilisées pour faire les propositions de ce rapport, en plus de la revue de la littérature médicale jointe.

1) Les leçons tirées de l'expérience antérieure sur le dépistage et le traitement de milliers d'hypertendus, et l'utilisation d'un dossier médical structuré informatisé.

2) Les leçons tirées de la présidence du Conseil Scientifique de l'ANAES

3) Les leçons tirées de la préparation d'un cahier des charges du dépistage organisé des cancers, d'un plan de lutte contre la résistance aux antibiotiques, d'un plan national nutrition santé et d'un plan de lutte contre les maladies cardiovasculaires.

4) Des rencontres au Royaume-Uni, au Québec et aux Etats-Unis sur l'état actuel des consultations périodiques de prévention.

Il n'est pas simple d'expliquer que l'objectif d'amélioration de la prévention individuelle n'est certainement pas de rendre quiconque immortel. **Il s'agit, pour le rapporteur, d'améliorer les moyens qui préservent les ressources humaines et financières indispensables à l'éducation des prochaines générations, à la recherche scientifique et l'innovation, à la collaboration internationale face aux menaces sur la santé, l'environnement et la paix. Pour atteindre ces objectifs vitaux de notre société, la santé doit être considérée comme un moyen et mais elle n'est pas « le » but exclusif.** Les ressources attribuées à la santé doivent être utilisées dans l'intérêt de tous, être utilisables par tous, et être transparentes pour tous. Il ne s'agit surtout pas d'attribuer à des catégories socio-professionnelles possédant une certaine forme de savoir sur la santé des rémunérations supplémentaires, ni d'offrir encore plus d'examen ou de traitements à ceux des citoyens qui, en ayant déjà beaucoup, en demanderont de toutes façons davantage.

Position du sujet

Objectif

Proposer une nouvelle offre de soins préventifs (faire plus) est facile, puisque l'on ne se rend compte ni de l'inutilité, ni des dangers, ni des coûts induits de certaines pratiques. Qui actuellement porte attention au nombre excessif d'examen de dépistage de la trisomie 21. Le nombre d'amniocentèses entraînées par les stratégies actuelles, conduit pratiquement à une interruption non désirée de grossesse pour un cas de trisomie dépisté, alors qu'il serait possible de faire beaucoup mieux.

A l'inverse, réduire une offre de soins inutile (faire moins) est difficile. Quels débats ont été suscités par la Conférence de Consensus de Lille de 1990 qui proposait une périodicité idéale plus longue que celle établie par les habitudes pour la pratique du frottis du col cervical périodique, dans le dépistage du cancer du col utérin ! Et comment réagiraient spécialistes et biologistes si l'on réduisait la pratique de la mesure de la protéine C réactive aux seuls cas où l'information qu'elle donne est démontrée comme capable d'influencer une thérapeutique ?

Ne voulant pas proposer plus, ne pouvant pas proposer moins, le rapport voudrait contribuer à **faire mieux**. Il voudrait faire donner à tous les français la possibilité de hiérarchiser périodiquement leurs risques de maladie, d'invalidité ou de mort, et d'être aidés à réduire ces risques. Ceux-ci ne sont pas les mêmes selon l'âge, le sexe, la région, la profession, l'histoire familiale, les comportements, les caractéristiques biologiques et l'environnement. A côté du prêt-à-porter de la promotion de la santé, il faut faire du sur-mesure.

Le concept de hiérarchisation des risques s'efforce de mettre en route une prévention des maladies dont la survenue est parmi les plus probables dans les dix ans à venir, pour une personne donnée. Comme il existe des centaines de façons différentes de mourir, de souffrir ou d'être handicapé, en l'absence de vision probabiliste, on peut tout rechercher dans le désordre. On peut aussi tout rechercher dans l'ordre au prix d'un effort monstrueux susceptible d'aller de la dent de sagesse à l'hallux valgus, de l'examen cutané complet aux tests de mémoire les plus sophistiqués, des transaminases à l'antigène prostatique spécifique. On peut discuter à perte de vue la répétition annuelle, tous les cinq ans, tous les dix ans de centaines de questions ou d'examen. On peut faire des scanners corps entier [1] et conduire à des chirurgies inutiles et dangereuses. On peut enfin rechercher trop souvent dans une seule direction, parce que la personne consulté ou le soignant l'ont privilégiée. Ainsi voit-on les cancers non diagnostiqués chez les personnes à risque cardiovasculaire bien pris en charge, ou les gripes des cancéreux guéris non vaccinés.

Après la hiérarchisation des risques d'accidents de santé, il faut hiérarchiser les instruments de l'intervention : qu'il s'agisse de questions, d'exams cliniques ou paracliniques, on considère leur valeur analytique (sensibilité, spécificité), leur valeur décisionnelle, leur faisabilité et leur reproductibilité dans certaines mains, leurs coûts, leur influence sur la décision, et les problèmes éthiques et juridiques qui peuvent naître des résultats. Ainsi la sensibilité est-elle privilégiée initialement, pour une spécificité donnée, la simplicité sur la complexité, l'accès large à l'accès difficile, le bon marché au coût élevé.

Enfin, il faut hiérarchiser les interventions possibles, en fonction de leur importance aux yeux de la personne concernée quand elle a été informée. Elle veut ou elle peut, elle ne veut pas ou elle ne peut pas, à certains moments, suivre un avis même parfaitement conforme aux connaissances du moment.

Il faudrait que le temps nécessaire soit trouvé pour les médecins ou d'autres personnels de santé, à côté de leurs activités plus fréquentes de réponse, plus ou moins urgente, à des plaintes exprimées par ceux qui les consultent [2-4]. Il faudrait que l'organisation de cette prévention individuelle soit facilitée, pour le médecin et pour le citoyen, par l'utilisation des moyens modernes d'accès à l'information (Internet à Haut Débit, courriels) [5, 6]. Il faudrait appliquer les enseignements déjà obtenus grâce aux campagnes de vaccination contre la grippe et à l'organisation du dépistage des cancers.

Le plus important a été largement écrit avant ce rapport et, malheureusement, le plus utile n'est pas traité par le rapport, réduit au champ de compétences de l'expert. La protection maternelle et infantile, la prévention chez les enfants et les adolescents sont essentielles pour l'amélioration future de la santé des français. A l'opposé, la prévention spécifique aux personnes âgées de plus de quatre vingt ans est le sujet d'avenir. **Les principes des actions de prévention sont néanmoins les mêmes à tous les âges : des méthodes validées de repérage des risques, des interventions validées de réduction des risques, une évaluation individuelle et collective des résultats, un processus permanent d'amélioration de la qualité, une transparence, et un accès possible pour tous.**

L'objectif, petit et complexe à la fois, est de donner les bases d'une organisation partagée entre le niveau national et le niveau régional, entre le professionnel et l'utilisateur, pour des âges compris entre 20 et 80 ans. En analysant les causes de mortalité sur 10 ans telles que cela a été testé dans le système informatisé ESPER (ESTimation PErsonnalisée des Risques), le rapport propose de concentrer la réflexion sur trois tranches de vie : 29-31, 49-51 et 69-71 ans. Dans l'étude des motivations pour améliorer les comportements, il existe un cycle personnel décrit pour l'arrêt du tabac (Prochaska). Ce cycle n'est pas facilement compatible avec une incitation survenant à une date pré-déterminée. La désignation d'une tranche d'âge par trois années, voire par cinq, offre plus de possibilités de succès grâce à une concordance entre l'incitation envoyée et une période favorable du cycle de motivation personnelle. La durée de l'effort envisagé pour préparer, mettre en œuvre et évaluer des consultations périodiques de prévention ne peut être inférieure à cinq ans. L'annonce dans les années 1990, dans le National Health Service britannique, d'une consultation spécifique de prévention pour les personnes âgées de plus de 75 ans n'a entraîné aucun bénéfice démontrable sur la santé des 43219 personnes éligibles et scientifiquement suivies pour évaluer cette consultation [7]. Elle n'est plus pratiquée actuellement et ceux des médecins qui l'ont effectuée ne voyaient pas bien les conséquences pratiques. L'annonce d'une consultation « Welcome to Medicare » en 2004 aux Etats-Unis n'est pas encore passée dans les faits, et ni son contenu, ni ses objectifs ne sont actuellement clairement formulés. C'est donc avec beaucoup de prudence que l'on a recensé dix ingrédients nécessaires à un éventuel succès de consultations périodiques de prévention en France.

Le rapport est court : dix recommandations, quelques tableaux, deux annexes. Les tableaux joints résument les idées-forces. Les deux annexes discutent deux questions spécifiques. 1) Faut-il porter plus d'attention à **l'histoire de santé familiale**, et la considérer comme un outil de santé publique, comme cela est discuté aux Etats-Unis depuis 2002 ? 2) Faut-il suivre la décision britannique de mettre à la disposition des consommateurs, sans ordonnance, en pharmacie, des traitements médicamenteux quotidiens à visée préventive ?

Les consultations périodiques de prévention

1) Les consultations périodiques de prévention ont deux objectifs :

1a - Mettre en œuvre de façon structurée, hiérarchisée et transparente les interventions qui ont démontré leur efficacité dans la protection et le maintien de la santé des individus (), selon les recommandations des agences de santé françaises ou étrangères

1b - contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population française, en développant une synergie entre prévention individuelle et collective (INPES), en facilitant la mise en œuvre de pratiques recommandées par l'ANAES, l'AFSSAPS, l'AFSSA et l'AFBM, et en participant à une évaluation des pratiques et des résultats (InVS, ORS).

2) Les erreurs à éviter

La qualité actuelle des soins préventifs en France ne doit pas être sous-estimée même s'ils manquent de transparence, d'organisation et d'évaluation : visites chez les médecins, actions de prévention des caisses d'assurance maladie, médecine du travail existent. Il faut absolument éviter de plaquer sur ce qui existe déjà un système de prévention qui apparaîtrait idéal parce que théorique. Il additionnerait toutes les modalités de prévention concevables sur toutes les fonctions concernées, par toutes les techniques possibles, et le plus souvent possible. Outre ce rêve d'exhaustivité [8], les erreurs à éviter sont multiples :

- s'appuyer sur des professionnels de santé, sans qu'ils n'aient participé activement à une information préalable courte mais spécifique, sur l'objectif, l'organisation et le contenu de cette prévention individuelle, et sur les barrières déjà reconnues à son implantation chez les soignants et chez les usagers

- ne pas avoir défini d'objectifs et d'indicateurs de performance et de résultats qui soient partagés entre les professionnels de santé et les usagers.

- reproduire sur l'ensemble de la prévention les difficultés déjà créées par la coexistence de deux systèmes, organisé et spontané, de dépistage des cancers, tels les cancers du sein.

3) Les consultations périodiques de prévention doivent être structurées sur une hiérarchisation et une analyse des principaux déterminants de quatre risques individuels : biologiques, comportementaux, familiaux et environnementaux (Figure 1, Tableau 1). La prévention des risques biologiques est la mieux implantée actuellement (risques cardiovasculaires, dépistage des cancers). La prévention des risques infectieux (vaccinations) est imparfaite et doit être améliorée. Les autres risques environnementaux sont oubliés. La détection et la modification des risques comportementaux constituent un véritable

défi, qui s'intègre dans des problèmes complexes de société [9]. Les risques familiaux sont à réintroduire en fonction de l'extension prévisible de la génétique moléculaire (Tableau 2).

4) La participation des usagers. Elle peut et doit être encouragée par une extension des méthodes de participation expérimentées pour la vaccination antigrippale et le dépistage organisé des cancers : faire demander et faire préparer par l'assuré social la prévention, hiérarchisée et organisée par le médecin (Figure 2). **Leur mise en œuvre et leur suivi doivent s'appuyer sur le développement de l'Internet à Haut Débit et du courrier électronique**, et contribuer au dossier médical personnel informatisé [10-13].

5) La sélection des méthodes d'analyse et de réduction des risques pour la santé. Elles concernent des personnes qui n'ont pas émis de demande spécifique (Tableau 3). Elles peuvent être définies, au niveau national, par un groupe de pilotage sur la prévention individuelle. Ce groupe devrait associer un expert désigné par chacune des Agences de santé concernées, un expert désigné par chacune des Caisses Nationales d'Assurance Maladie et être placé sous la responsabilité d'un expert universitaire, membre du Haut Comité de Santé Publique.

Ce groupe de pilotage national, dont les coûts de fonctionnement sont supportés par le budget des Agences de santé et les fonds de prévention des Caisses d'Assurance Maladie ne constitue à aucun prix une instance supplémentaire, plus ou moins haute dans sa dénomination. Il utilise et harmonise les travaux en cours des Agences (en particulier INPES et ANAES, mais aussi AFSSAPS, AFSSA, AFBM) sur les thèmes de prévention. Il demande d'elles une veille scientifique beaucoup plus active et réactive, et suggère, au besoin, de nouvelles expertises. Il s'appuie sur l'InVS et les Observatoires Régionaux de Santé pour organiser l'évaluation des procédés et des résultats. Il contribue aux initiatives régionales pour la mise en œuvre des consultations de prévention. Il analyse les difficultés et les succès rencontrés. Il établit les collaborations appropriées avec l'OMS et les groupes de travail similaires des autres pays, en particulier le Québec, le Royaume-Uni et les Etats-Unis. Ce groupe de pilotage national est exclusivement technique. Il ne constitue ni une représentation institutionnelle, ni une représentation syndicale. Il répond directement au Directeur Général de la Santé ou à la Haute Autorité.

6) La mise en œuvre pratique des consultations périodiques de prévention. Elle est aménagée au niveau régional, en fonction des populations concernées et de la répartition locale de l'offre de soins. Elle est coordonnée par un Groupe Régional de Pilotage issu de la Conférence Régionale de Santé, dont la composition est indiquée par l'article L1411-12 de la Loi de Santé Publique. Un professeur de médecine générale et un professeur de santé publique font partie du groupe de pilotage régional pour impulser, coordonner, et inclure les actions de formation sur la prévention individuelle et collective destinées aux personnels de santé, aux intervenants sociaux et aux associations d'usagers. Le groupe veille à ce que sur le territoire administratif concerné, le suivi des interventions mises en œuvre par les consultations de prévention puisse réellement s'appuyer sur les structures sanitaires et sociales et les professionnels médicaux et paramédicaux nécessaires.

7) Les initiatives propres à certaines régions ou départements devraient être encouragées. A l'exclusion du contenu minimal obligatoire défini au niveau national, et esquissé dans la troisième recommandation, tout peut être débattu, en particulier la périodicité minimale à l'âge adulte. Aux yeux du rapporteur, et pour des raisons complexes à développer, seraient certainement concernées la période 49-51 ans, probablement la période 69-71 ans et peut-être la période 29-31 ans. Les spécificités sanitaires, sociales, historiques ou géographiques des territoires administratifs considérés exigent un recensement et une préparation des professionnels et des structures sanitaires et sociales impliquées.

8) Des diversités régionales, justifiées et créatives, peuvent permettre une adaptation permanente aux réalités autour du minimum commun national. Les différences offriront, au long cours, des possibilités intéressantes de comparer les résultats obtenus, en fonction des différences dans les procédés utilisés.

9) La nécessité d'études pilotes. Chaque région pourrait implanter une étude pilote de trois ans (2006-2008), après un travail de structuration préalable des responsables nationaux et régionaux, et après l'initiation de la formation des personnels de santé directement concernés. En 2008, une évaluation externe, préparée en concertation par le Groupe de Pilotage National, et les Groupes de Pilotage Régionaux, pourrait conclure à la pérennisation, à l'extension ou à l'arrêt, dans leurs formes actuelles, de certaines ou de toutes les études pilotes réalisées. Sur la base d'expérimentations antérieures [14], on peut penser que 60 % de la population ciblée répondre à une incitation à la prévention individuelle et que plus de 20 % des personnes répondant bénéficieraient initialement d'interventions de prévention qu'elles n'auraient pas eues sans ce type de consultation. L'impact spécifique de ces consultations transformées en

une action de santé publique nationale ne peut guère être mesurable que sur une décennie. L'interprétation des résultats sera toujours difficile. La difficulté majeure qu'il faut essayer de contourner, site par site, vient de la non-participation des personnes les plus à risque, difficulté déjà rencontrée dans toutes les régions et dans tous les pays.

10) La recherche en sciences sociales et psychologiques (Tableau 4). Elle est indispensable à développer, sur la compréhension des risques individuels et collectifs en fonction de l'éducation et de la culture des différents groupes de personnes concernées, et sur les obstacles rencontrés à la mise en œuvre et au suivi des actions de prévention, par certains professionnels de santé et certains groupes populationnels [15-19].

1. Smith R. The screening industry. *BMJ* 2003; **326**:0.
2. Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? *Bmj* 2003; **327**:498-500.
3. Yarnall KS, Pollak KI, Ostbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health* 2003; **93**:635-41.
4. Hulscher MEJL, Wensing M, Van der Weijden T, Grol R. Interventions to implement prevention in primary care. *In: The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4 2004*. Chichester, UK Edited by John Wiley & Sons, Ltd.
5. Fotheringham MJ, Owies D, Leslie E, Owen N. Interactive health communication in preventive medicine: internet-based strategies in teaching and research. *Am J Prev Med* 2000; **19**:113-20.
6. Marcus BH, Nigg CR, Riebe D, Forsyth LH. Interactive communication strategies: implications for population-based physical-activity promotion. *Am J Prev Med* 2000; **19**:121-6.
7. Fletcher AE, Price GM, Ng ES, Stirling SL, Bulpitt CJ, Breeze E, Nunes M, Jones DA, Latif A, Fasey NM, Vickers MR, Tulloch AJ. Population-based multidimensional assessment of older people in UK general practice: a cluster-randomised factorial trial. *Lancet* 2004; **364**:1667-77.
8. Sackett DL. The arrogance of preventive medicine. *Cmaj* 2002; **167**:363-4.
9. Goldstein MG, Curry SJ. Addressing multiple behavioral risk factors in primary care. *Am J. Prev Med* 2004; **27 (2S)**:1-108.
10. Postel-Vinay N. Dossier médical sur Internet (1): visite côté grand public. *Rev Prat MG* 2001; **526**:319-20.
11. Postel-Vinay N. Dossier médical sur Internet (2): visite côté professionnel. *Rev Prat MG* 2001; **527**:375-6.
12. Godlee F, Pakenham-Walsh N, Ncayiyana D, Cohen B, Packer A. Can we achieve health information for all by 2015? *Lancet* 2004; **364**:295-300.
13. Maisonneuve H, Matillon Y, Bertrand D. Obstacles to health information for all. *Lancet* 2004; **364**:1755.
14. Charlemagne A, Latil F, Ozanam M, Blum-Boigard C. Examens de prévention effectués par les médecins généralistes pour les bénéficiaires du régime AMPI (Assurance Maladie des Professions Indépendantes). *Rev Epidemiol Sante Publique* 2002; **50 (1S)**:111.
15. Litzelman DK, Tierney WM. Physicians' reasons for failing to comply with computerized preventive care guidelines. *J Gen Intern Med* 1996; **11**:497-9.
16. Beaulieu MD, Rivard M, Hudon E, Beaudoin C, Saucier D, Remondin M. Comparative trial of a short workshop designed to enhance appropriate use of screening tests by family physicians. *Cmaj* 2002; **167**:1241-6.

17. Goulet F, Saucier D, Beaulieu MD, Blais J, Favreau R, Jacques A, Ladouceur R, Lalande R, Menard R, Gagnon R. Participants' perception of impact of a workshop on their preventive practices. *Med Teach* 2002; **24**:330-4.
18. Hogg W, Baskerville N, Nykiforuk C, Mallen D. Improved preventive care in family practices with outreach facilitation: understanding success and failure. *J Health Serv Res Policy* 2002; **7**:195-201.
19. Colombet I, Dart T, Leneveut L, Zunino S, Menard J, Chatellier G. A computer decision aid for medical prevention: a pilot qualitative study of the Personalized Estimate of Risks (EsPeR) system. *BMC Med Inform Decis Mak* 2003; **3**:13.

Consultation de prévention : individualisation et hiérarchisation des risques pour la santé

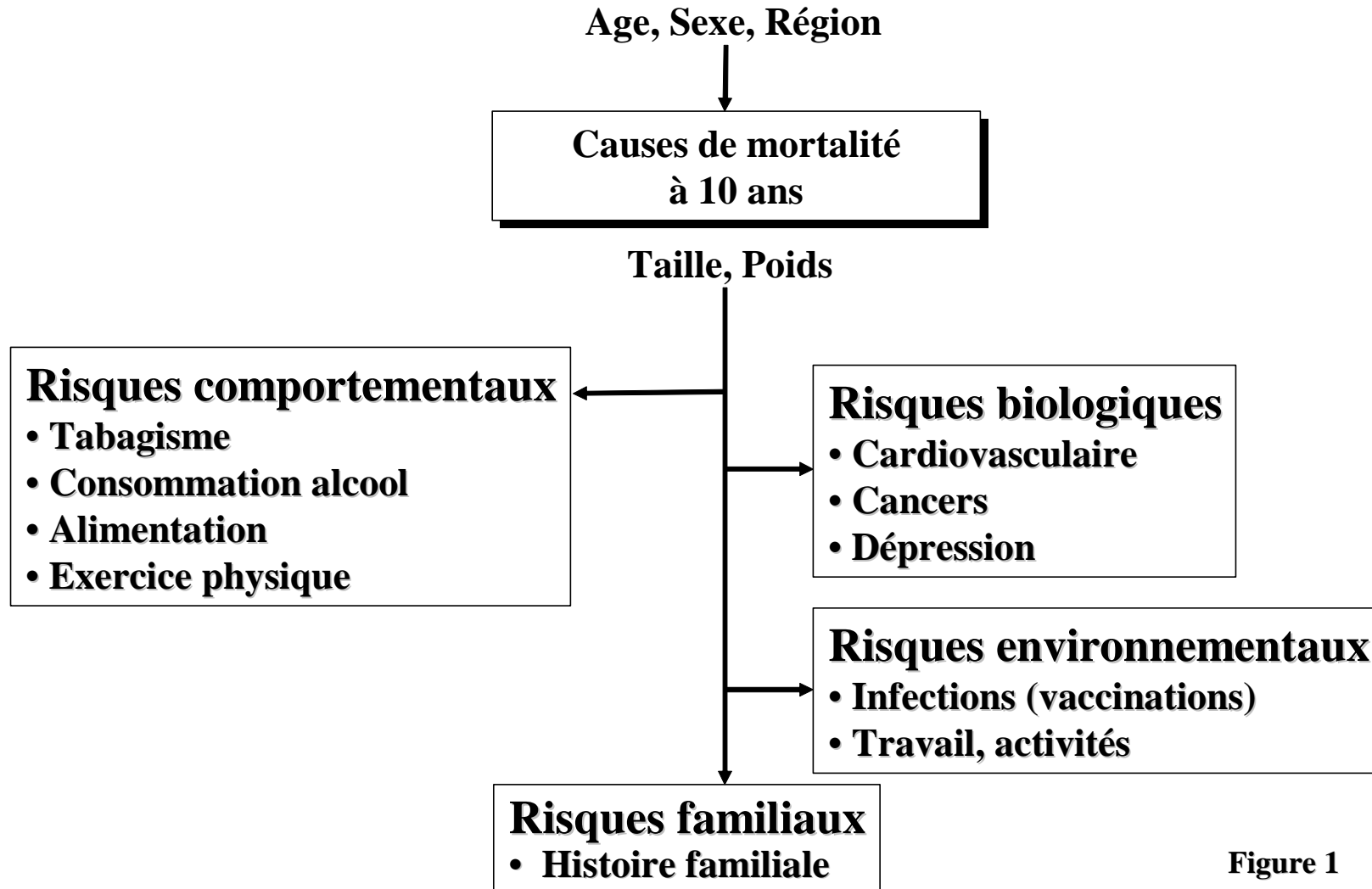


Figure 1

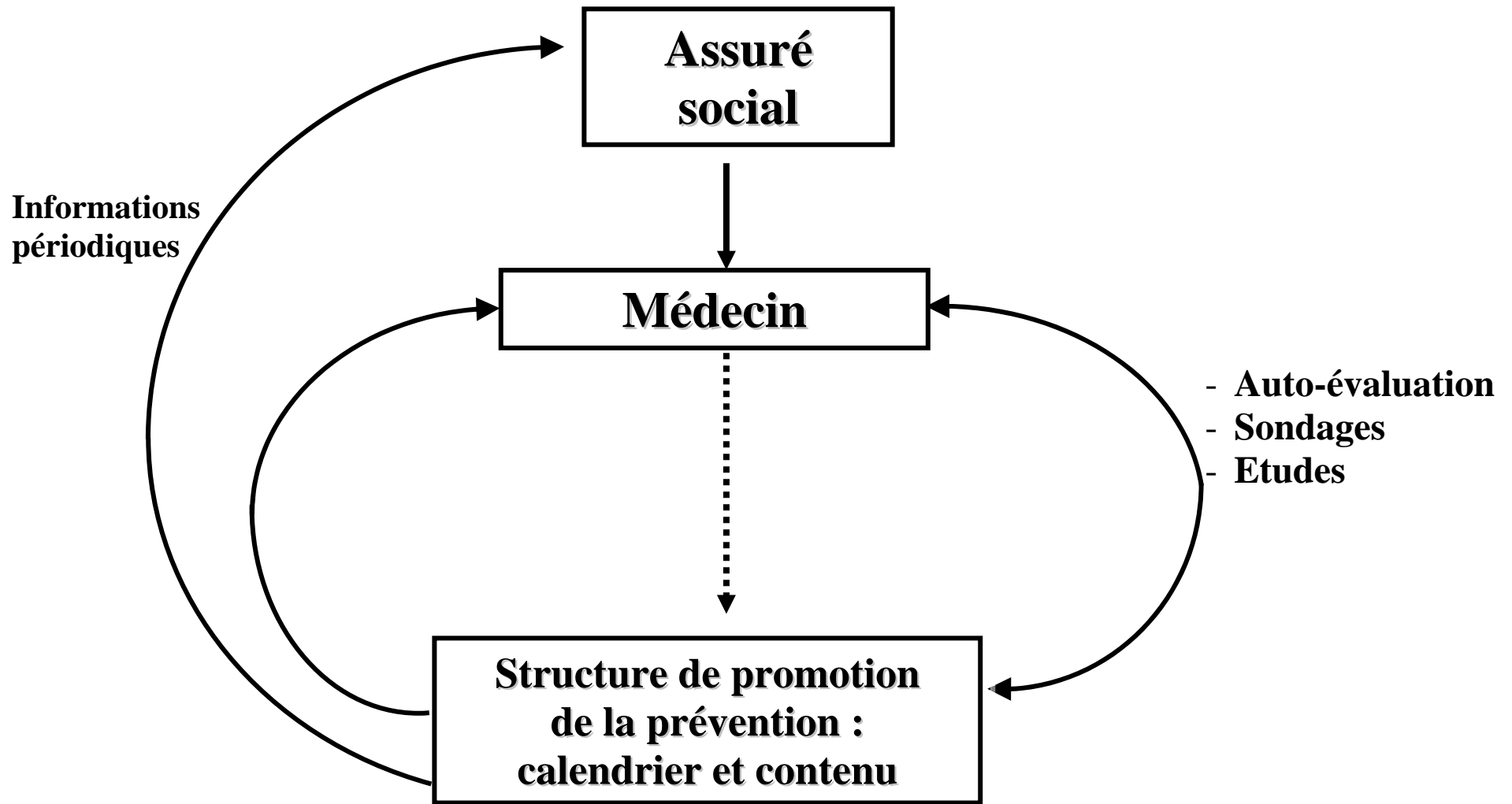


Figure 2

Méthodologies d'analyse et de gestion des risques individuels

- 1. S'informer sur les pathologies les plus fréquentes dans la classe d'âge considérée (sexe, région, catégorie socio-professionnelle) en fonction de leur incidence à 10 ans.**
- 2. Hiérarchiser les pathologies les plus fréquentes susceptibles de survenir dans la prochaine décennie, et repérer les principaux déterminants de ces maladies**
- 3. Sélectionner, pour chaque pathologie, et chaque déterminant, la ou les questions, le ou les gestes cliniques, le ou les examens simples de biologie ou d'imagerie de grande sensibilité, et de spécificité telle sorte que leur valeur prédictive de repérage soit acceptable pour le groupe de personnes ciblées.**
- 4. Sélectionner les questionnaires, examens cliniques ou examens de biologie ou d'imagerie susceptibles de préciser et quantifier le problème de santé ou les déterminants qui ont été repérés.**
- 5. Avoir un accès immédiat à des règles validées de prise en charge des risques et de leurs déterminants, exprimées de manière opérationnelle, et les adapter en collaboration avec la personne concernée.**
- 6. Avoir un accès immédiat au repérage des structures administratives, sociales ou sanitaires, ou des professionnels de santé éventuellement nécessaires pour permettre une prise en charge efficiente.**
- 7. Rendre cette approche attractive pour tous.**

Tableau 1

Le contenu d'une consultation de prévention

- **Les outils de dépistage du risque ou de ses déterminants doivent être validés**
- **Les outils de diagnostic doivent être validés**
- **Les méthodes de réduction des risques ou de leurs déterminants doivent être validées**
- **La mise en œuvre du dépistage et de la réduction des risques doit être simple et organisée**
- **L'évaluation objective des résultats de la prévention doit être faisable et faite**

Tableau 2

Les spécificités de la prévention

- **Un service de prévention est offert de manière pro-active par un professionnel de santé à des personnes qui se sentent en bonne santé**
- **Quoique proposée à des individus, la prévention est ciblée vers des groupes**
- **Le résultat de la prévention est l'absence d'évènement**
- **Les effets de la prévention ou de son absence sont différés dans le temps**
- **Les bénéfices de la prévention ne sont pas certains pour tous ceux à qui elle est proposée.**

Hulscher MEJL, Wensing M, van der Weijden T, Grol R. Interventions to implement prevention in primary care. The Cochrane Database of Systematic Reviews 1997, Issue 1, Art N°: CD000362, DOI : 10-1002/14651858. CD000362

Tableau 3

Les obstacles à la consultation de prévention

Obstacles exprimés	Obstacles observés
<p>1) <u>Dus aux usagers</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - pas de motivation - pas de médecin traitant - confiance excessive dans des tests - Certains groupes hors de portée 	<p>1) Un seul outil d'intervention:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la transmission du savoir
<p>2) <u>Dus à l'organisation des médecins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Temps insuffisant - Dérangements incessants - Compensation financière - Pas d'appui de voisinage 	<p>2) Désorganisation des activités</p>
<p>3) <u>Dus aux recommandations</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Définition des personnes à risques - Périodicité des interventions <ul style="list-style-type: none"> • complexe • non coordonnée - Recommandations inacceptables - Recommandations contradictoires 	<p>3) Pas d'auto-critiques sur des croyances</p>
<p>4) <u>Dus aux médecins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pas de motivation sur le conseil - Contradictions et multiplicité des messages reçus 	<p>4) Existence d'à-prioris dominants</p> <p>5) Mauvaise communication</p>

Tableau 4

Clinical Preventive Services for Normal-Risk Adults Recommended by the U.S. Preventive Services Task Force

Years of Age ►	Range of Recommended Ages											
	18	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75
▼ SCREENING												
Blood Pressure, Height, and Weight	Periodically											
Obesity	Periodically											
Cholesterol	Men: Every 5 Years											
	Women: Every 5 Years											
Pap Smear	Women: Every 1 to 3 Years											
Chlamydia												
Mammography	Every 1 to 2 Years											
Colorectal Cancer*	Depends on Test											
Osteoporosis	Routinely											
Alcohol Use	Periodically											
Vision, Hearing	Periodically											
▼ IMMUNIZATION												
Tetanus-Diphtheria (Td)	Every 10 Years											
Varicella (VZV)	Susceptibles Only-Two Doses											
Measles, Mumps, Rubella (MMR)	Women of Childbearing Age-One Dose											
Pneumococcal	One Dose											
Influenza	Yearly											
▼ CHEMOPREVENTION												
Assess cardiovascular disease risk and discuss aspirin to prevent CVD events	Men: Periodically											
	Women: Periodically											
▼ COUNSELING												
Calcium Intake	Women: Periodically											
Folic Acid	Women of Childbearing Age											
Breastfeeding	Women After Childbirth											
Tobacco cessation, drug and alcohol use, STDs and HIV, nutrition, physical activity, sun exposure, oral health, injury prevention, and polypharmacy	Periodically											

Upper Age Limits Should Be Individualized For Each Patient

* See www.preventiveservices.ahrq.gov for U.S. Preventive Services Task Force recommendations on colorectal cancer screening and other clinical preventive services.



U.S. Preventive Services Task Force
and Put Prevention Into Practice



U.S. Department of Health and Human Services
Agency for Healthcare Research and Quality

Revised January 2004
APP02-0022



Profil du sujet dans son contexte régional

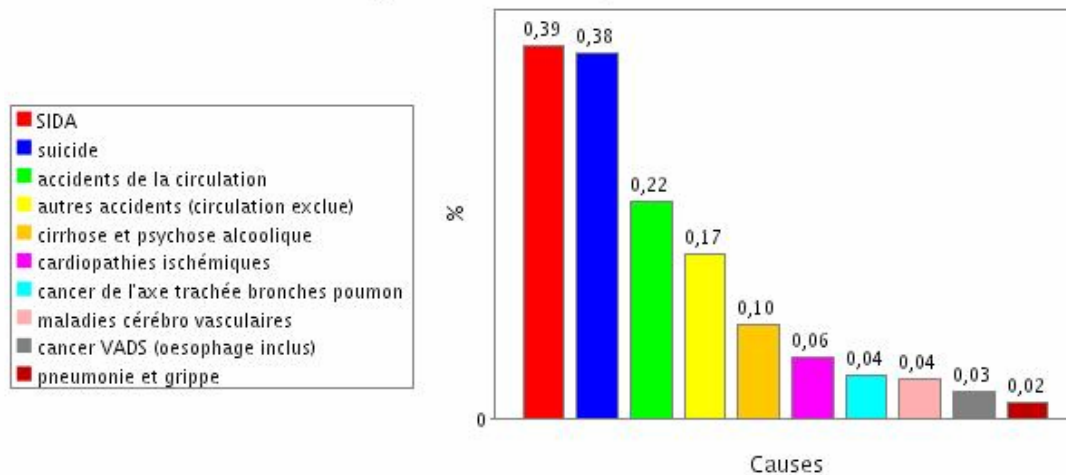
Pour une population **masculine** de **30** ans résidant en **France entière**.

Le risque de **mortalité globale** à 5 ans ou 10 ans est de **2,00 %**.

Causes	Risque à 10 ans	Part relative
1. SIDA	0,39 %	19,35 %
2. suicide	0,38 %	19,05 %
3. accidents de la circulation	0,22 %	11,25 %
4. autres accidents (circulation exclue)	0,17 %	8,60 %
5. cirrhose et psychose alcoolique	0,10 %	4,85 %
6. cardiopathies ischémiques	0,06 %	3,15 %
7. cancer de l'axe trachée bronches poumon	0,04 %	2,25 %
8. maladies cérébro vasculaires	0,04 %	2,10 %
9. cancer VADS (oesophage inclus)	0,03 %	1,40 %
10. pneumonie et grippe	0,02 %	0,80 %
Total des 10 premières causes	1,46 %	72,80 %

72,80 % du risque de **mortalité globale** est accessible à la **prévention**

Risque à 10 ans par causes



Profil du sujet dans son contexte régional

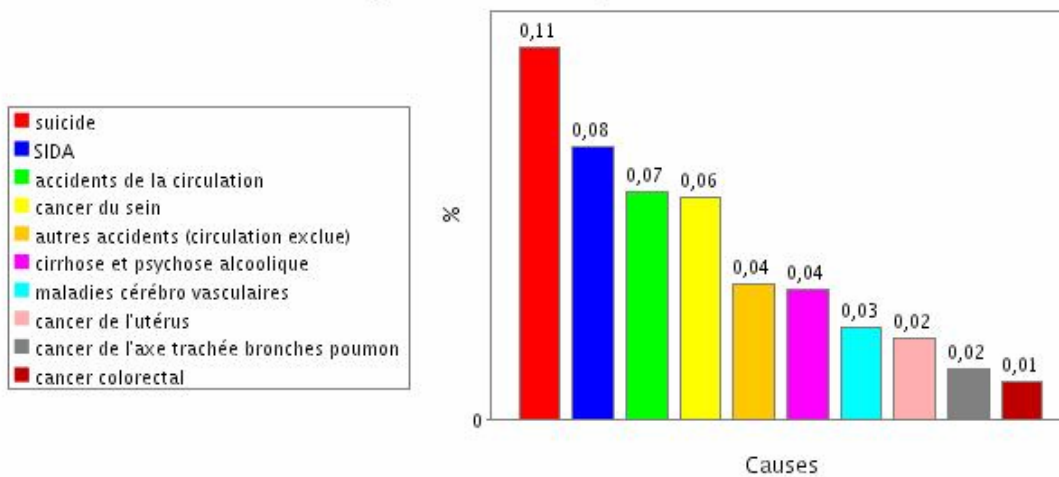
Pour une population **féminine** de **30** ans résidant en **France entière**.

Le risque de **mortalité globale** à 5 ans ou 10 ans est de **0,84** %.

Causes	Risque à 10 ans	Part relative
1. suicide	0,11 %	12,98 %
2. SIDA	0,08 %	9,52 %
3. accidents de la circulation	0,07 %	7,98 %
4. cancer du sein	0,06 %	7,74 %
5. autres accidents (circulation exclue)	0,04 %	4,76 %
6. cirrhose et psychose alcoolique	0,04 %	4,52 %
7. maladies cérébro vasculaires	0,03 %	3,21 %
8. cancer de l'utérus	0,02 %	2,86 %
9. cancer de l'axe trachée bronches poumon	0,02 %	1,79 %
10. cancer colorectal	0,01 %	1,31 %
Total des 10 premières causes	0,48 %	56,67 %

56,67 % du risque de **mortalité globale** est accessible à la **prévention**

Risque à 10 ans par causes



Profil du sujet dans son contexte régional

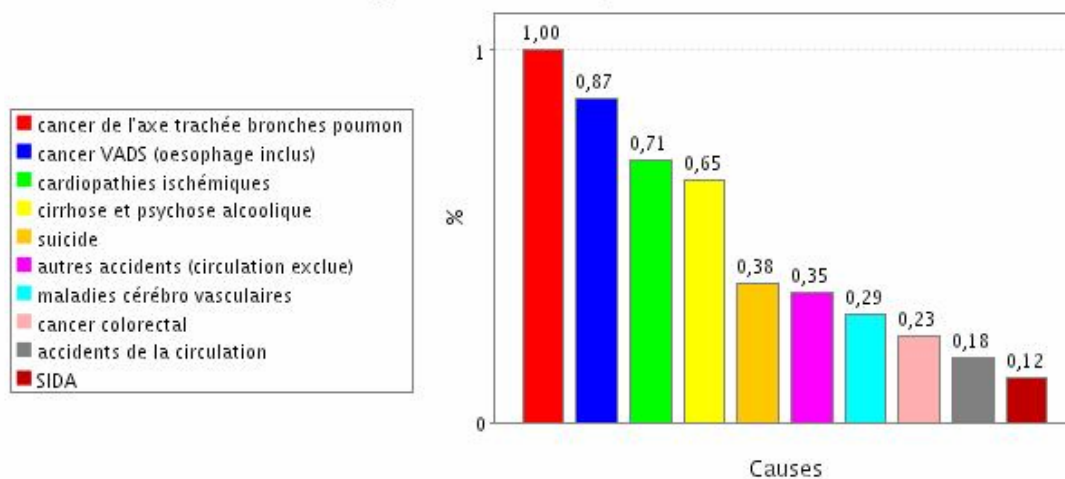
Pour une population **masculine** de **50** ans résidant en **France entière**.

Le risque de **mortalité globale** à 5 ans ou 10 ans est de **8,00 %**.

Causes	Risque à 10 ans	Part relative
1. cancer de l'axe trachée bronches poumon	1,00 %	12,50 %
2. cancer VADS (oesophage inclus)	0,87 %	10,90 %
3. cardiopathies ischémiques	0,71 %	8,82 %
4. cirrhose et psychose alcoolique	0,65 %	8,12 %
5. suicide	0,38 %	4,69 %
6. autres accidents (circulation exclue)	0,35 %	4,40 %
7. maladies cérébro vasculaires	0,29 %	3,66 %
8. cancer colorectal	0,23 %	2,90 %
9. accidents de la circulation	0,18 %	2,19 %
10. SIDA	0,12 %	1,54 %
Total des 10 premières causes	4,78 %	59,72 %

59,72 % du risque de **mortalité globale** est accessible à la **prévention**

Risque à 10 ans par causes



Profil du sujet dans son contexte régional

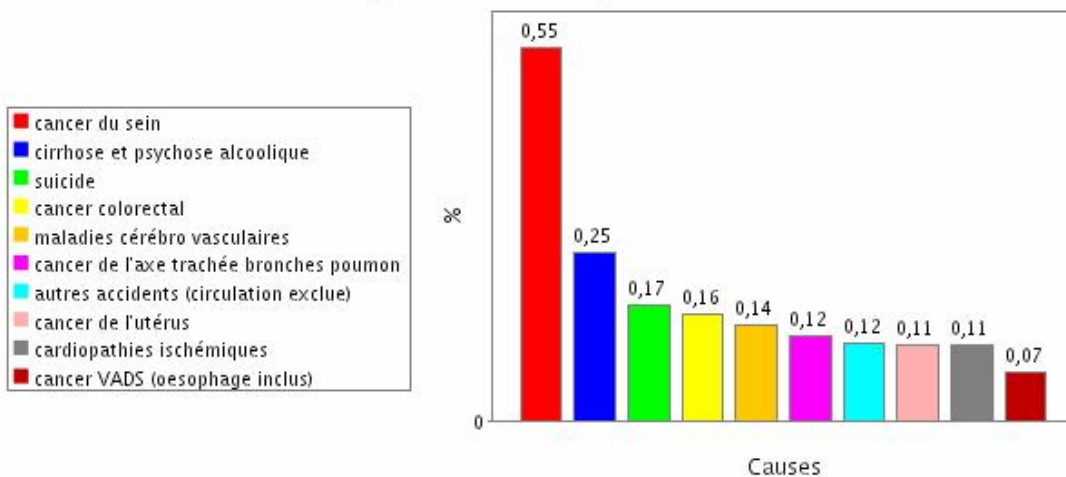
Pour une population **féminine** de **50** ans résidant en **France entière**.

Le risque de **mortalité globale** à 5 ans ou 10 ans est de **3,00 %**.

Causes	Risque à 10 ans	Part relative
1. cancer du sein	0,55 %	18,30 %
2. cirrhose et psychose alcoolique	0,25 %	8,27 %
3. suicide	0,17 %	5,67 %
4. cancer colorectal	0,16 %	5,23 %
5. maladies cérébro vasculaires	0,14 %	4,73 %
6. cancer de l'axe trachée bronches poumon	0,12 %	4,17 %
7. autres accidents (circulation exclue)	0,12 %	3,83 %
8. cancer de l'utérus	0,11 %	3,77 %
9. cardiopathies ischémiques	0,11 %	3,70 %
10. cancer VADS (oesophage inclus)	0,07 %	2,40 %
Total des 10 premières causes	1,80 %	60,07 %

60,07 % du risque de **mortalité globale** est accessible à la **prévention**

Risque à 10 ans par causes



Profil du sujet dans son contexte régional

Pour une population **masculine** de **70** ans résidant en **France entière**.

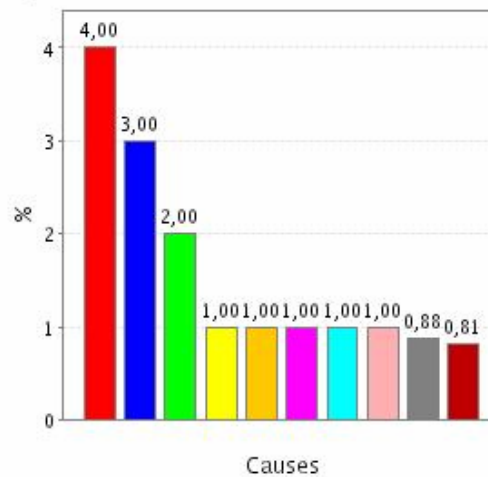
Le risque de **mortalité globale** à 5 ans ou 10 ans est de **38,00 %**.

Causes	Risque à 10 ans	Part relative
1. cardiopathies ischémiques	4,00 %	10,53 %
2. cancer de l'axe trachée bronches poumon	3,00 %	7,89 %
3. maladies cérébro vasculaires	2,00 %	5,26 %
4. autres accidents (circulation exclue)	1,00 %	2,63 %
5. bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives	1,00 %	2,63 %
6. cancer colorectal	1,00 %	2,63 %
7. cancer VADS (oesophage inclus)	1,00 %	2,63 %
8. cancer de la prostate	1,00 %	2,63 %
9. pneumonie et grippe	0,88 %	2,33 %
10. cirrhose et psychose alcoolique	0,81 %	2,13 %
Total des 10 premières causes	15,69 %	41,30 %

41,30 % du risque de **mortalité globale** est accessible à la **prévention**

Risque à 10 ans par causes

■ cardiopathies ischémiques
■ cancer de l'axe trachée bronches poumon
■ maladies cérébro vasculaires
■ autres accidents (circulation exclue)
■ bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives
■ cancer colorectal
■ cancer VADS (oesophage inclus)
■ cancer de la prostate
■ pneumonie et grippe
■ cirrhose et psychose alcoolique



Profil du sujet dans son contexte régional

Pour une population **féminine** de **70** ans résidant en **France entière**.

Le risque de **mortalité globale** à 5 ans ou 10 ans est de **20,00 %**.

Causes	Risque à 10 ans	Part relative
1. cardiopathies ischémiques	2,00 %	10,00 %
2. maladies cérébro vasculaires	2,00 %	10,00 %
3. cancer du sein	1,00 %	5,00 %
4. cancer colorectal	0,90 %	4,51 %
5. autres accidents (circulation exclue)	0,70 %	3,48 %
6. pneumonie et grippe	0,42 %	2,09 %
7. cancer de l'axe trachée bronches poumon	0,41 %	2,07 %
8. bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives	0,41 %	2,06 %
9. cancer de l'utérus	0,38 %	1,88 %
10. cirrhose et psychose alcoolique	0,26 %	1,30 %
Total des 10 premières causes	8,48 %	42,39 %

42,39 % du risque de **mortalité globale** est accessible à la **prévention**

Risque à 10 ans par causes

