

Médecins et pharmaciens, quels rôles peuvent-ils jouer ?

Josselin LE BEL (ou Le Bel)

Médecin généraliste, chef de clinique associé de médecine générale, Paris

Je suis donc médecin généraliste, mais je ne suis pas certain d'être totalement représentatif de l'ensemble de ma profession, car j'exerce au sein d'un pôle de santé pluriprofessionnel qui est encore actuellement un mode d'exercice minoritaire. Dans ce cadre, je suis membre du conseil d'administration de la Fémasif (Fédération des maisons et pôles de santé d'Ile de France). Je suis également enseignant au département de médecine générale de l'université Paris-Diderot, et chargé de missions pour le centre de ressources en soins primaires de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Lorsqu'on m'a sollicité pour intervenir sur le thème de l'éducation à la santé en tant que professionnel de soins primaires, en tant que professionnel de santé, je me suis dit : « Qu'est-ce que cela évoque, pour moi, l'éducation à la santé ? ».

En premier lieu, cela m'évoque la prévention, sachant qu'il existe plusieurs types de prévention. Lorsque l'on est face à un patient, il faut se situer dans l'histoire de sa pathologie, de sa maladie, est-il vraiment venu pour une maladie d'ailleurs ?

En termes de prévention primaire, on s'intéresse à des patients qui n'ont pas de symptômes, qui ne sont pas malades et qui ne sont même pas forcément exposés à des facteurs de risques particuliers.

Si l'on a identifié un facteur de risque, on se positionne alors en termes de prévention secondaire. Là, on sait que le patient est exposé et l'objectif sera d'en limiter au mieux les conséquences.

Il est également possible d'intervenir en prévention tertiaire quand le patient a déjà subi un événement, un infarctus, par exemple. Notre objectif sera d'éviter la récurrence de cet infarctus.

Et la prévention quaternaire ? C'est le risque lié à la iatrogénie médicamenteuse, en prescrivant des traitements à des patients dans l'objectif de les soigner, il arrive qu'on les rende encore plus malades, ce qui n'était clairement pas l'objectif initial.

Ce modèle est celui de l'OMS, basé sur les stades de la maladie, mais il existe également le modèle de Gordon, qui est une autre manière de concevoir la prévention. On ne s'intéresse pas aux stades de la maladie, mais aux cibles. Une prévention ciblée, c'est par exemple les campagnes de promotion de la mammographie, le dépistage du cancer colorectal.

Voilà pour la théorie, mais dans ma pratique de médecin généraliste, en quoi consiste réellement mon activité liée à la prévention ? Les recommandations sont principalement éditées par la HAS, elles sont très nombreuses, multiples, variées, et parfois répétées. Il existe des recommandations sur le dépistage des cancers, sur le régime alimentaire, des recommandations liées à la prise en charge des pathologies chroniques, en rapport avec les expositions à des risques. Si on multiplie les recommandations pour un patient d'une cinquantaine d'années polypathologique, on peut superposer plusieurs centimètres de documents de recommandations ; vous imaginez comment utiliser ces données quand la durée moyenne d'une consultation en France est de 18 minutes ?

D'autres éléments sont à prendre en compte telles que la polypathologie et les inégalités sociales de santé. Les données que je vous présente ici, ne sont pas des données françaises, ce sont des données écossaises, publiées par Barnett dans le Jama en 2012. Ces données sont celles de patients qui peuvent assez bien se superposer aux patients Français et concernent le suivi d'environ 15 millions d'Écossais.

Selon ces données, chez les patients qui ont plus de 70 ans, il existe une proportion non négligeable de patients polyopathologiques. Chez les patients de plus de 80 ans, plus de 20 % d'entre eux ont plus de 7 pathologies, ce qui veut dire 7 recommandations de prises en charge au minimum et des recommandations qui sont parfois contradictoires

On voit également que l'impact des inégalités sociales de santé est flagrant : plus le niveau social est bas, plus les patients sont polyopathologiques précocement. Les patients d'une catégorie socio-économique défavorisée, seront environ 20% à être polyopathologiques, aux alentours de 40-44 ans. Dans une catégorie socio-économique favorisée, cela surviendra 10 ans plus tard, 10 années de différence, en fonction du niveau économique. C'est un élément majeur à prendre en compte. En tant que professionnel de soins primaires, il est évident que, quand je prends en charge un patient, que ce soit en prévention, primaire, secondaire, ou tertiaire, la question de son niveau socio-économique est un élément que je dois garder en tête en permanence.

Je souhaite également vous présenter ces données publiées par Kaplan et al. dans Preventive Medicine en 2014, qui invitent les médecins à rester modestes : en tant que soignants, nous ne sommes responsables que de 10 % des modifications de santé. Les facteurs comportementaux et sociaux sont eux responsables de 50 % des modifications de santé. Donc même si nous sommes particulièrement compétents, notre impact est extrêmement modéré. Et quand nous intervenons, est-ce que finalement les patients adhèrent à nos prescriptions, nos recommandations, nos préconisations ?

Cette autre étude publiée par Brown et al. dans Mayo Clinic Proceedings en 2011, concerne des patients atteints de maladies chroniques : jusqu'à 50 % d'entre eux étaient non-observants. Cela ne veut pas dire qu'ils ne font rien de ce qu'on leur a recommandé. Cela veut juste dire qu'on leur a recommandé des traitements auxquelles ils n'ont pas adhéré, pour des raisons propres à chaque patient.

Enfin cette dernière étude publiée par Tamblin et al. dans Annals of Internal Medicine en 2014, concernant des patients de soins primaires, donc des patients pris en charge en médecine générale, il y a 30 % de non-observance primaire, c'est-à-dire : « Je n'ai rien fait du tout de ce que l'on m'avait prescrit ou recommandé ». Cela fait réfléchir. Quelles sont les causes de cette non-observance : peut-être que finalement, nous ne travaillons pas bien. Peut-être ne sommes nous pas organisés de la bonne manière pour répondre aux demandes des patients. Si 30 % des patients ne sont pas observant, cela ne veut pas dire que 30 % des patients ne veulent pas se prendre en charge. C'est probablement que ce qu'on leur a proposé ne correspond pas à leurs attentes. Donc, il faut que l'on change de modèle, que l'on passe du centré-maladie au centré-patient. Lorsque l'on a un patient devant nous, avant de dire : « Vous avez une pathologie cardiovasculaire », il faudrait que l'on se demande quelles sont ses attentes par rapport à la consultation pour laquelle il est venu nous voir aujourd'hui, comment il vit sa maladie, quel est l'impact de sa maladie sur sa vie. Et surtout quels sont ses symptômes, mais cela vient à la fin. Si on commence par les symptômes, sans s'être posé la question de savoir quels sont ses attentes et son vécu, cela ne fonctionnera pas.

Des structures existent depuis longtemps, dans lesquelles, le patient est replacé au centre, avant sa pathologie. Ce sont les PCMH, des structures d'exercice pluri-professionnelles. En France, c'est encore nouveau, c'est ce que l'on appelle les maisons et les pôles de santé pluri-professionnels, voire des centres de santé pluri-professionnels, Ce sont des structures assez naissantes. Jusqu'à présent, les consultations de médecine générale, étaient toujours payées à l'acte. Ce mode de rémunération a des limites en particulier pour la prise en charge des patients poly-pathologiques. Vous pouvez facilement imaginer que 8 pathologies en 18 minutes, ce n'est pas possible ! Sans considérer cet extrême, il faut savoir que dans une consultation de médecine générale, c'est en moyenne trois à quatre motifs de consultation qui sont évoqués.

En partie, pour répondre à ces difficultés, des nouveaux modes de rémunérations (ENMR), ont été expérimentés par certaines équipes pluriprofessionnelles. Cette expérimentation, devait être prolongée par des négociations conventionnelles, malheureusement cela n'a pas abouti. Il est difficile de faire évoluer notre système de santé.

Une autre expérimentation, les protocoles de coopération « ASALEE » - c'est l'acronyme de : action de santé libérale en équipe – c'est un protocole pluri-professionnel déposé initialement par

une équipe en province. Ce protocole a été développé aujourd'hui à peu près partout en France via les agences régionales de santé et a entraîné la création d'un nouveau métier. C'est-à-dire que nous avons des pharmaciens, des infirmières, des kinésithérapeutes, des médecins généralistes, et que l'on manquait de professions intermédiaires. L'infirmière Asalée est une profession intermédiaire, elle devient une infirmière de santé publique. Ce nouveau métier se rapproche des « physicians assistants » ou des « nurse practitioner » en Grande-Bretagne. Ce sont des professionnels de soins primaires avec des compétences nouvelles. Nous avons nous-mêmes intégré une infirmière Asalée dans notre structure. Ses consultations vont durer de 45 minutes à 1 heure, versus, moi, 18 minutes en moyenne. Cette infirmière travaille en coordination avec le médecin traitant et nous constituons un véritable trio avec notre patient. Elle reçoit le patient et nous faisons des points hebdomadaires sur les patients pris en charge. Je suis convaincu que son action peut avoir beaucoup d'efficacité.

Je pense qu'un levier pour le changement est probablement la réorganisation des soins primaires. Aujourd'hui, les recommandations et les préconisations existent, les patients savent probablement ce qui est bon pour eux, mais ils n'ont pas toujours eu en face d'eux les organisations professionnelles prêts à répondre à leurs attentes.