



HAL
open science

Place de la Médecine Générale dans les bilans de prévention de la Mutualité Sociale Agricole

Marie Deutscher

► **To cite this version:**

Marie Deutscher. Place de la Médecine Générale dans les bilans de prévention de la Mutualité Sociale Agricole. Sciences du Vivant [q-bio]. 2014. hal-01732459

HAL Id: hal-01732459

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732459>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Marie DEUTSCHER

Le 14 avril 2014

**Place de la Médecine Générale dans les bilans de prévention
de la Mutualité Sociale Agricole.**

Examineurs de la thèse :

Mr le Professeur Serge BRIANÇON

Président

Mme le Professeur Anne-Claude CRÉMIEUX

Juge

Mr le Professeur Yves JUILLIÈRE

Juge

Mme le Docteur Marie-France GÉRARD

Directrice et Juge

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Finances » : **Professeur Marc BRAUN**
Vice-Doyen « Formation permanente » : **Professeur Hervé VESPIGNANI**
Vice-Doyen « Vie étudiante » : **M. Pierre-Olivier BRICE**

Assesseurs :

- 1 ^{er} Cycle et délégué FMN Paces :	Docteur Mathias POUSSEL
- 2 ^{ème} Cycle :	Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
• « <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	
• « <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO
• « <i>Gestion DU – DIU</i> »	Mme la Professeure I. CHARY-VALKENAERE
- Plan campus :	Professeur Bruno LEHEUP
- Ecole de chirurgie et nouvelles pédagogies :	Professeur Laurent BRESLER
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Mono appartenants, filières professionnalisantes :	Docteur Christophe NEMOS
- Vie Universitaire et Commission vie Facultaire :	Docteur Stéphane ZUILY
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires externes:	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Réingénierie professions paramédicales :	Mme la Professeure Annick BARBAUD

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
 Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
 Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER
 Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
 Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
 Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
 Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
 Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN
 Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE
 Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN
 Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
 Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
 René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
 Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT
 Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL
 Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE
 Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ
 Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD
 Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER
 Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET
 Professeur Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENESE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MEDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCEROLOGIE, GENETIQUE, HEMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHESIOLOGIE, REANIMATION, MEDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THERAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT - Professeur Bruno LEVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MEDECINE INTERNE, GERIATRIE ET CHIRURGIE GENERALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX
=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER
=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Paolo DI PATRIZIO
=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN – Docteur Corentine ALAUZET

3^{ème} sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)

Docteur Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTE PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIETE

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteur Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteur Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THERAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTEO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ECONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DEMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

**A notre Maître et Président de Thèse
Monsieur le Professeur Serge Briançon
Professeur de Santé Publique**

Vous nous avez accueillie en tant qu'externe dans votre service et vous nous avez permis de recevoir un enseignement de qualité.

Nous vous remercions pour votre disponibilité, votre patience et vos conseils avisés tout au long de l'élaboration de ce travail.

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de notre thèse et de la juger.

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

**A notre Maître et Juge,
Madame le Professeur Anne-Claude Crémieux
Professeur de Maladies Infectieuses**

Vous nous faites l'honneur de participer au jury de notre thèse.

Nous vous remercions pour l'intérêt que vous portez à ce travail et pour votre disponibilité.

Nous vous sommes reconnaissante de pouvoir bénéficier de votre avis concernant notre thèse.

Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre respect.

**A notre Maître et Juge,
Monsieur le Professeur Yves Juillière
Professeur de Cardiologie**

Nous avons eu la chance de bénéficier de vos enseignements lors de notre cursus universitaire.

Vous avez accepté de faire partie du jury de notre thèse et vous nous faites l'honneur de juger notre travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre respect et de nos remerciements.

**A notre Juge et Directrice de Thèse
Madame le Docteur Marie-France Gérard
Docteur en Médecine**

Nous vous sommes reconnaissante d'avoir accepté la direction de ce travail.

Tout au long de son élaboration, nous avons pu apprécier vos judicieux conseils, la clarté de vos explications, votre gentillesse, votre disponibilité et surtout votre passion pour la médecine générale.

Veillez trouver à travers ce travail l'expression de notre respect et de nos remerciements.

**A notre Directeur de Thèse
Monsieur le Docteur Patrick Allard
Docteur en Médecine**

Nous vous sommes reconnaissante d'avoir accepté de nous soutenir lors de la réalisation de ce travail et de nous avoir ouvert les portes de votre service.

Tout au long de son élaboration, nous avons apprécié vos conseils avisés en matière de prévention. Merci pour votre gentillesse.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre respect.

Au personnel de la MSA Lorraine et de la CCMSA, pour l'aide précieuse et le soutien logistique.

A Monsieur Hicham M'GHAFRI, chargé de mission Instants Santé à la CCMSA, pour son apport en matière de statistiques concernant les jeunes.

A Monsieur Dominique Oliot, pour m'avoir permis de me familiariser avec l'outil EDS et de l'utiliser pour mes recherches.

A Madame Caroline Araguas et Monsieur Rémi Pavot, pour leur aide dans l'extraction des statistiques Lorraine des Instants Santé sur la période 2008 - 2012.

A Madame Andrée Collin, pour son soutien et sa prise de note lors de la réalisation du premier focus group.

A Sylvie et Florine, secrétaires géniales, pour leur aide dans la retranscription des focus groups et de la thèse, pour leurs précieux conseils concernant la mise en page et leur aide logistique lors des nombreuses impressions intermédiaires, pour leurs sourires et leur bonne humeur.

A ceux que j'ai oubliés de citer.

Je les remercie tous du fond du cœur.

Aux 38 médecins généralistes et 3 internes ayant participé aux 7 focus groups,

Je les remercie pour leur disponibilité, leur aide dans l'élaboration de ce travail et l'intérêt qu'ils portent à la prévention.

A mes parents,

Qui m'ont permis de grandir entourée d'amour et de tendresse.
Pour leur soutien tout au long de ma vie et de mes études.
Pour m'avoir transmis leur goût pour la médecine.
Pour leur présence dans les bons moments comme dans les mauvais.

A mon grand frère, Mathieu,

Pour ce lien si fort qui nous unit depuis toujours malgré la distance qui nous sépare.
Pour avoir été mon guide tout au long de notre enfance.
Pour son soutien indéfectible.

A Emilie, ma future belle-sœur,

Pour sa bonne humeur, sa malice et sa gentillesse.
Je lui souhaite la bienvenue dans la famille.

A Papi,

Pour son goût des autres, sa force de caractère et sa bonne humeur.

A la mémoire de mes grands parents et de ma tante Paulette.

A Thierry et Sylvie,

Oncle et tante toujours disponibles depuis mon enfance.
Pour leurs conseils et leur soutien.

A Danièle,

Pour son soutien et sa présence.

A tous mes cousins : Lara, Jérémie, Romain, Rémi et Clément et à Jonas,

Pour les bons moments passés ensemble et ceux à venir.

A toute ma famille.

A mes amis de fac et de lycée, copains de toujours : **Sophie, Juliane, Olivier, Uriel, Aude,...**
Compagnons d'école et des bancs de la faculté avec lesquels j'ai partagé de nombreux bons moments.

Pour leur présence et leur soutien malgré la distance qui nous sépare.

Pour les rendez-vous hivernaux et autres épisodiques qui nous rassemblent comme si nous nous étions quittés la veille.

A mes amis et compagnons de sport : **Eudes et Jean-Marc.**

Pour leur présence et leur soutien, leurs judicieux conseils.

Pour nos nombreuses rencontres passées et à venir.

A **Dominique**, sympathique rencontre durant les années d'études.

Pour l'amitié sincère qui nous unit depuis lors et malgré la distance.

A tous mes collègues de stage d'externat et d'internat et à ceux qui sont devenus des amis:

Marianne, Lavinia, Jean, Aurélie, Emily, Nabil, Yassine, Alice, Manu, Valérie,...

Aux médecins et au personnel soignant des services dans lesquels j'ai effectué tous mes stages d'externat, d'internat et de post-internat et qui ont grandement contribué à ma formation professionnelle.

Aux médecins et au personnel paramédical du service des urgences de Mercy qui m'accueillent parmi eux et qui vont conforter ma formation.

SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Table des matières

I.	Introduction.	22
II.	La pratique préventive en France.	23
	A. DEFINITION DE LA PREVENTION EN MEDECINE.	23
	B. LA PREVENTION AUX DIFFERENTS AGES DE LA VIE.	24
	1. Premier test de dépistage.	24
	2. Consultations de Protection Maternelle et Infantile (PMI).	24
	3. Bilans de santé de la médecine scolaire.	25
	4. Bilans de santé pour les jeunes en formation et médecine universitaire. ...	25
	5. Visites médicales de médecine du travail.	26
	C. LES DEPISTAGES ORGANISES (DO).	26
	1. Cancer colorectal.	26
	2. Cancer du sein.	26
	3. Cancer du col de l'utérus.	27
	D. LES BILANS DE PREVENTION DES REGIMES D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRES.	27
	1. Le régime général.	27
	2. Le régime social des indépendants (RSI).	28
	3. Le régime social agricole (MSA).	28
	E. LA PRATIQUE PREVENTIVE DES MEDECINS GENERALISTES.	28
III.	La pratique préventive de la MSA.	29
	A. LE PROGRAMME DE PREVENTION, D'EDUCATION ET D'INFORMATION SANITAIRE DE LA MSA.	29
	B. LES EXAMENS DE SANTE : INSTANTS SANTE.	31
	1. Contexte.	31
	2. Objectifs.	31
	3. La population cible.	32
	4. Procédure.	33

C. PRINCIPAUX RESULTATS DES INSTANTS SANTE.	34
1. Données de santé des assurés MSA.	34
a. Les affections longues durées.	34
b. Les arrêts de travail.	36
c. Les invalidités.	36
2. Participation aux Instants Santé.	37
a. Résultats nationaux pour la période 2010 – 2012.	37
b. Résultats en Lorraine sur 5 ans, entre 2008 et 2012.	38
3. Profil de consommation de soins des participants et des non participants aux Instants Santé.	40
a. Chez les moins de 45 ans, 3 groupes.	43
b. Chez les plus de 45 ans, 4 groupes distincts.	43
4. Statistiques lorraines des Instants Santé MSA (2008-2012) par rapport aux statistiques nationales avec l’outil EDS pour les 25-74 ans.	45
a. Taux de participation aux Instants Santé.	45
b. Résultats lorrains issus des auto-questionnaires (2008-2012).	45
c. Résultats tirés de l’examen pré-médical en Lorraine (2008-2012).	46
d. Résultats lorrains issus des dossiers médicaux (2008-2012).	46
5. Résultats issus des Bilans de Santé des 16-24 ans (année 2013) au niveau national.	48
a. Pathologies.	49
b. Bien être / prévention.	50
IV. Focus groups médecins généralistes MSA Lorraine.	50
A. METHODE.	50
1. L’objectif.	50
2. Le questionnaire.	51
3. La sélection des participants et des groupes.	51
4. Description des 7 focus groups.	52
a. Premier groupe.	52
b. Deuxième groupe.	53
c. Troisième groupe.	53
d. Quatrième groupe.	54

e. Cinquième groupe.....	55
f. Sixième groupe.....	55
g. Septième groupe.....	56
h. Principes des focus groups.....	56
B. SYNTHÈSE ET ANALYSE DES FOCUS GROUPS MEDECINS GENERALISTES.	57
1. Médecine générale et prévention.....	57
a. Pratique préventive habituelle en médecine générale.	57
b. Bilans de prévention de l'assurance maladie obligatoire.	60
c. Différence entre dépistages organisés et médecine préventive.	62
2. Consultation de prévention de la MSA.	63
a. Intégration des Instants Santé MSA dans la pratique des médecins généralistes.	63
b. Redondance avec la pratique des généralistes.....	64
c. Acte dédié à la prévention ou acte cumulé avec un acte de soin.	65
d. Temps dédié à cet acte de prévention.....	65
e. Rémunération.	66
3. Avantages et inconvénients des Instants Santé.....	66
a. Apports des Instants Santé.	66
b. Les apports spécifiques.	67
c. Actions de suite des Instants Santé.	69
d. Intérêts des Instants Santé pour les différents types de patients.	70
e. Inconvénients des Instants Santé.....	71
4. Evolution souhaitable des Instants Santé.	72
a. Ajouts potentiels.	72
b. Axes d'amélioration.	73
c. Optimisation des Instants Santé.	74
d. Communication à employer pour améliorer la fréquentation des Instants Santé par les assurés MSA.	75
C. DISCUSSION CONCERNANT LES FOCUS GROUPS MSA LORRAINE.	77
1. Médecine générale et prévention.....	77
a. Pratique préventive habituelle en médecine générale.	77
b. Les bilans de prévention de l'assurance maladie obligatoire.	79

c.	Différence entre dépistage organisés et médecine préventive.....	83
2.	Consultation de prévention de la MSA.	83
a.	Intégration des Instants Santé MSA dans la pratique des médecins généralistes.	83
b.	Redondance avec la pratique des généralistes.....	84
c.	Acte dédié à la prévention ou acte cumulé avec un acte de soin.	85
d.	Temps dédié à cet acte de prévention.....	85
e.	Rémunération.	85
3.	Avantages et inconvénients des Instants Santé.....	85
a.	Apport des Instants Santé.	85
b.	Apports spécifiques.....	86
c.	Actions de suite des Instants Santé.	88
d.	Intérêts des Instants Santé pour les différents types de patients.....	90
e.	Inconvénients des Instants Santé.....	91
4.	Evolution souhaitable des Instants Santé.	91
a.	Ajouts potentiels.	91
b.	Les axes d'amélioration.....	95
c.	Optimisation des Instants Santé.	95
d.	Communication à employer pour améliorer la fréquentation des Instants Santé par les assurés MSA.	97
D.	PROPOSITIONS.....	98
1.	Le territoire : analyse et état des lieux.....	99
2.	Communication.	100
a.	Les cibles.....	100
b.	Les approches.....	102
3.	Les tranches d'âges et leurs cibles.	102
4.	La concertation MSA - médecins généralistes.	104
a.	Apport Assurance Maladie Obligatoire.....	104
b.	Apport médecins.	105
c.	Echanges MSA - médecins généralistes.....	105
d.	Informations et contacts des assurés par la MSA.....	105
5.	Phase préclinique : réalisation des tests et des explorations.	106

6. Consultation de prévention : la synthèse des Instants Santé par le médecin traitant.....	107
7. Actions de suite.....	107
a. Actions individuelles.....	107
b. Actions collectives.....	107
8. Consultation anniversaire.....	108
9. Rémunérations des acteurs.....	108
V. Conclusion.....	109
VI. Bibliographie	111
VII. Annexes.....	115
A. AUTO-QUESTIONNAIRE EN LIGNE 16-19 ANS.....	115
B. AUTO-QUESTIONNAIRE EN LIGNE 20-24 ANS.....	117
C. AUTO-QUESTIONNAIRE 25-44 ANS.....	119
D. AUTO-QUESTIONNAIRE 45-64 ANS.....	121
E. AUTO-QUESTIONNAIRE 65-74 ANS.....	123
F. DOSSIER MEDICAL 16-25 ANS.....	125
G. DOSSIER MEDICAL 25-44 ANS.....	126
H. DOSSIER MEDICAL 45-64 ANS.....	127
I. DOSSIER MEDICAL 65-74 ANS.....	128
J. STATISTIQUES DES INSTANTS SANTE MSA LORRAINS 2008-2012.....	129
K. QUESTIONNAIRE FOCUS GROUPS MEDECINS GENERALISTES.....	133
L. PREMIER FOCUS GROUP : CIREY-SUR-VEZOUZE LE 3 OCTOBRE 2013.....	134
M. DEUXIEME FOCUS GROUP : SAINT-MIHIEL LE 24 OCTOBRE 2013.....	140
N. TROISIEME FOCUS GROUP : VICHEREY LE 26 NOVEMBRE 2013.....	147
O. QUATRIEME FOCUS GROUP : SAINT MAURICE SUR MOSELLE LE 26 NOVEMBRE 2013....	152
P. CINQUIEME FOCUS GROUP : STENAY LE 28 NOVEMBRE 2013.....	158
Q. SIXIEME FOCUS GROUP : METZ LE 18 DECEMBRE 2013.....	164
R. SEPTIEME FOCUS GROUP : BULGNEVILLE LE 19 DECEMBRE 2013.....	170

I. Introduction.

La médecine préventive en France se pratique de manière diffuse et s'appuie sur de multiples modalités d'exercice. Suite aux ordonnances de 1945, les grands régimes d'assurance maladie obligatoire: Régime Général, Régime Social des Indépendants (RSI) et Mutualité Sociale Agricole (MSA), doivent proposer à tous leurs assurés des consultations de médecine préventive de façon périodique. La Mutualité Sociale Agricole (MSA) propose aux siens sur une périodicité de 5 ans des bilans de prévention appelés Instants Santé (IS) dont la partie clinique et la conclusion sont déléguées aux médecins généralistes - traitants dans le cadre d'une consultation dédiée.

Actuellement, la fréquentation par les assurés de ces examens de prévention est en baisse. Il apparaît également que la pratique de ces bilans a perdu de sa valeur auprès des médecins généralistes du fait de la redondance perçue par rapport à une partie de leurs activités, de leur caractère chronophage et d'une mauvaise perception des résultats obtenus.

Il est donc nécessaire de préciser les objectifs de prévention globale, de relancer la coopération entre les médecins généralistes et la MSA au-delà des seules phases clinique et synthèse de ces bilans, de repositionner l'approche territoriale de proximité avec les autres professionnels de santé en restant dans le cadre des parcours de santé et de soins de proximité et en respectant les programmes régionaux de santé de l'ARS.

Pour tenter d'apporter des éléments de réponse à cette problématique, notre travail nous a amené à réaliser des focus groups auprès de médecins généralistes lorrains afin de mieux connaître la place de la prévention dans leur pratique courante et leur perception des Instants Santé et de rechercher des axes d'amélioration pour tous les acteurs : patients, médecins généralistes et MSA.

Nous commencerons par décrire la pratique préventive actuelle en France, ensuite, la médecine préventive des assureurs maladie obligatoire et plus particulièrement celle de la MSA avec ses résultats. Les focus groups des médecins généralistes lorrains seront développés, ainsi qu'une analyse des entretiens. Enfin, nous essaierons d'en extraire des propositions d'amélioration des bilans de santé de la MSA dans le but de faire progresser l'état de santé des assurés du régime agricole et l'efficacité de son action de prévention.

II. La pratique préventive en France.

A. Définition de la prévention en médecine.

La prévention est un terme qui a plusieurs définitions difficiles à intégrer sur le plan médical, l'interprétation peut en être faite de façon différente.

La définition de la prévention du dictionnaire Larousse est : ensemble des dispositions prises pour prévenir un risque, un danger, un mal. Ensemble de moyens médicaux et médico-sociaux mis en œuvre pour empêcher l'apparition, l'aggravation ou l'extension des maladies, ou leurs conséquences à long terme. (1)

La définition de la prévention de l'OMS de 1948 est: « La prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». (2)

Il y a trois différents types de prévention dont les définitions sont :

- La prévention primaire est l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et a donc pour but de réduire, autant que faire se peut les risques d'apparition de nouveaux cas. A ce stade de la prévention, les conduites individuelles à risque, les risques en terme environnementaux ou sociétaux sont pris en compte.
- La prévention secondaire a pour but de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ce stade recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque.
- La prévention tertiaire intervient à un stade où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. (2)

La prévention peut aussi être classée en trois parties selon RS. GORDON (en 1982):

- La prévention universelle : destinée à l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé. L'éducation pour la santé qui insiste notamment sur les grandes règles d'hygiène fait donc partie intégrante de cette prévention.
- La prévention sélective : prévention qui s'exerce en direction de sous groupes de population spécifiques : automobilistes, travailleurs en bâtiments, jeunes femmes,... Exemples : promotion de l'activité physique, contraception,...

- La prévention ciblée : fonction de sous groupes de population, surtout fonction de l'existence de facteurs de risque spécifiques bien identifiés de la population.

La « prévention globale » : gestion du capital santé : c'est la gestion active et responsabilisée par la personne de son capital santé dans tous les aspects de la vie. L'action de promotion de la santé, de prévention des maladies ou d'éducation thérapeutique est déclenchée par des professionnels. Une participation active de la personne ou du groupe ciblé est systématiquement recherchée. (2)

Toutes ces définitions de la prévention rendent difficile la compréhension de ses objectifs et l'interprétation personnelle de chaque professionnel de santé leur fait avoir une activité préventive différente.

B. La prévention aux différents âges de la vie.

1. Premier test de dépistage.

Le premier test de dépistage, test de dépistage néonatal, réalisé à la maternité chez un enfant entre 72 et 96 heures de vie permet grâce à un prélèvement de quelques gouttes de sang réalisé sur le dos de la main ou au niveau de talon et déposées sur un buvard de dépister 5 maladies génétiques nécessitant une prise en charge précoce : la phénylcétonurie, l'hypothyroïdie congénitale, l'hyperplasie congénitale des surrénales, la mucoviscidose et pour les populations à risque la drépanocytose. (3)(4)

2. Consultations de Protection Maternelle et Infantile (PMI).

L'un des objectifs de la PMI est d'organiser des consultations et des actions de prévention médico-sociales pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 6 ans.

La PMI propose des bilans de santé gratuits aux enfants de l'âge de 1 mois à 6 ans avec dépistage des troubles psychologiques et comportementaux (retards de développement, autisme et troubles envahissants du développement, troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention), des troubles du langage oral, de l'obésité, des troubles de l'audition, des troubles de la vision et du saturnisme. Le dépistage ainsi effectué est individuel. Les consultations sont gratuites et proposées aux dates suivantes : 1 mois, 2 mois, 3 mois, 4 mois, 5 mois, 6 mois, 9 mois, 12 mois, 15 mois, 18 mois, 2 ans, 2 ans ½, 3 ans, 3 ans ½, 4 ans, 4 ans ½, 5 ans, 5 ans ½ et 6 ans. Chaque consultation comporte des mesures : taille, poids, périmètre crânien, corpulence (indice de masse corporelle : IMC), le suivi du développement psychomoteur, des tests de dépistage des troubles de l'audition, de la vision, du langage oral adaptés à l'âge de l'enfant.

Dans ce cadre, le carnet de santé des enfants réuni 19 examens recommandés de 1 mois à 6 ans et 2 examens donnent lieu à la rédaction de certificats de santé obligatoires à adresser

aux services de PMI du département, ce sont les examens du 9° mois et du 24° mois. (4)
(5)(6)

En Lorraine, la PMI a également pour mission d'effectuer un bilan de santé chez tous les enfants de 4 ans scolarisés en école maternelle. Ce bilan comporte des mesures : taille, poids et IMC, il permet de dépister d'éventuels troubles visuels, auditifs, du langage et des apprentissages et de faire le point sur les vaccinations et l'hygiène bucco-dentaire.

3. Bilans de santé de la médecine scolaire.

La médecine scolaire a pour but de réaliser les bilans de santé obligatoires à l'entrée à l'école primaire, au passage dans le secondaire et celui d'orientation scolaire ou professionnelle. (7)(8)(9)

L'examen de la 6° année comprend d'une part un bilan infirmier avec : un entretien avec l'enfant, un examen biométrique, le dépistage des troubles sensoriels et la vérification des vaccinations, d'autre part un bilan médical avec : un entretien avec l'enfant et ses parents, un examen psychomoteur et un examen somatique.

Le bilan de passage dans le secondaire (examen de fin de 3°) comprend : un examen de santé et un entretien concernant l'orientation scolaire.

La médecine scolaire permet le dépistage individuel des problèmes suivants chez les enfants âgés de 7 à 18 ans :

- Troubles des apprentissages.
- Troubles de l'hyperactivité avec déficit de l'attention.
- Anomalies du développement pubertaire.
- Scoliose.
- Obésité.
- Asthme et rhino-conjonctivite allergique.
- Troubles de la vision et de l'audition.
- Risques liés à la sexualité.
- Troubles anxieux.
- Conduites à risque, troubles des conduites, troubles oppositionnels.
- Conduites suicidaires.
- Consommations de produits (tabac, alcool, haschich,...)
- Troubles du comportement alimentaire.
- Dépression. (8)(9)

4. Bilans de santé pour les jeunes en formation et médecine universitaire.

Les jeunes de 16 à 25 ans engagés dans un parcours de formation et les étudiants bénéficient à leur entrée en formation d'un bilan de prévention obligatoire organisé par le conseil régional ou le Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la

Santé (SUMPPS) comprenant : un interrogatoire, des mesures anthropométriques, la vérification du carnet de santé (volet vaccinations) et des tests. Au besoin, le bilan peut être complété par un examen médical puis l'orientation vers des examens biologiques, une consultation spécialisée, la proposition d'une mise à jour vaccinale. (4)

5. Visites médicales de médecine du travail.

La médecine du travail est une médecine préventive dont les objectifs sont : la protection des salariés et des apprentis contre les risques professionnels, l'amélioration des conditions de travail, la prévention de la désinsertion professionnelle et le dépistage d'autres pathologies. Ainsi, le médecin du travail pratique des visites médicales comprenant un examen général avec des particularités en fonction du poste occupé : visite d'embauche, visites médicales périodiques et visites de reprise. (4)(10)

C. Les dépistages organisés (DO).

1. Cancer colorectal.

En France, le dépistage organisé du cancer colorectal est mis en place par des structures départementales avec l'aide des médecins généralistes. Il concerne l'ensemble des personnes âgées de 50 à 74 ans à risque modéré de cancer colorectal qui reçoivent tous les 2 ans un courrier personnalisé les invitant, sur la base du volontariat, à consulter leur médecin généraliste pour y participer. Lors de la consultation, le médecin évalue le niveau de risque du patient, s'il est à risque modéré, le médecin lui fournit le test de dépistage. Ce test permet la recherche de sang occulte dans les selles : test au gâiac, en cours de remplacement progressif par un test immunologique de recherche de sang dans les selles depuis 2013. Le test se réalise au domicile du patient par le prélèvement sur 3 selles successives de 2 échantillons à déposer sur des plaquettes à renvoyer dans un centre de lecture centralisée par l'intermédiaire d'une enveloppe préaffranchie. Si le résultat est positif, il doit être suivi d'un examen complémentaire à programmer avec l'aide du médecin généraliste : la coloscopie de diagnostic. Le taux de participation national était de 31,6% en 2012. (11)(12)

2. Cancer du sein.

Le programme de dépistage organisé du cancer du sein est généralisé en France depuis 2004. Il permet de détecter tôt ce cancer pour bénéficier d'un fort taux de survie : 90% à 5 ans. Il concerne les femmes âgées de 50 à 74 ans, sans antécédent ni facteur de risque particulier. Ces patientes reçoivent tous les 2 ans un courrier, de la part de la structure locale d'organisation, les invitant à réaliser une mammographie de dépistage auprès de

radiologues agréés. Dans les cabinets de radiologie, ces femmes bénéficient d'un examen clinique des seins et d'une mammographie de dépistage (2 clichés par sein : face et oblique). Ce bilan est pris en charge à 100% par l'assurance maladie. S'il n'y a pas d'anomalie retrouvée à la 1^o lecture de la mammographie, les clichés bénéficient d'une 2^o lecture par un radiologue expert. Si une anomalie est décelée en 1^o lecture : le radiologue « premier lecteur » effectue un bilan diagnostique et si une anomalie est découverte en seconde lecture les patientes sont invitées à réaliser des examens complémentaires. S'il n'y a aucune anomalie après 2^o lecture, les patientes sont réinvitées 2 ans plus tard pour un nouveau dépistage. Le taux de participation nationale MSA était de 55,8% en 2012, et de 51,3% pour tous les régimes d'assurance maladie obligatoire. (13)(14)

3. Cancer du col de l'utérus.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus s'appuie sur les gynécologues médicaux et obstétriciens, les médecins généralistes et les sages-femmes. Il est basé sur la réalisation d'un examen cytologique : le frottis cervico-utérin (FCU) tous les 3 ans (après la réalisation de 2 FCU normaux à un an d'intervalle) chez les femmes âgées de 25 à 65 ans. Chaque FCU anormal doit conduire à la réalisation d'examens diagnostiques complémentaires. Une proposition d'organisation du dépistage, basée sur les structures effectuant déjà les deux autres dépistages organisés (cancer du sein et cancer colorectal) a été faite par la HAS en 2010. (15)(16)(17)

D. Les bilans de prévention des régimes d'assurance maladie obligatoires.

Les régimes d'assurances maladie obligatoire ont le devoir, suite aux ordonnances de 1945, de proposer à leurs assurés des consultations de médecine préventive tous les 5 ans.

1. Le régime général.

La CPAM propose à tous ses assurés sociaux un examen périodique de santé, tous les 5 ans, en fonction de leur âge, leur sexe, leurs facteurs de risque. Il vise principalement les personnes en situation de précarité et ayant peu accès aux soins. Cet examen de santé est réalisé dans l'un des 85 centres d'examen de santé (CES). Ce bilan comporte : une partie biologique avec des analyses de sang et d'urine, un examen dentaire, un bilan paramédical fait par une infirmière avec mesure du poids, de la taille, des examens de vue, d'audition et si nécessaire la réalisation d'une spirométrie et d'un électrocardiogramme, enfin il y a une partie médicale avec un médecin de prévention qui examine le patient, fait le point sur sa santé et lui propose des conseils. Le médecin généraliste peut recevoir les résultats de ce bilan si l'assuré social l'autorise. (18)(19)

2. Le régime social des indépendants (RSI).

Le RSI propose à ses assurés sociaux des bilans de prévention gratuits à réaliser chez le médecin traitant selon quatre tranches d'âges (15-25 ans, 26-40 ans, 41-55 ans et 56-70 ans), ces bilans sont guidés par un questionnaire que les patients doivent remplir avant la consultation auprès du médecin généraliste. Avant 40 ans, le bilan est ciblé sur l'hygiène de vie ; après 40 ans, il est ciblé sur les pathologies cardio-vasculaires et les dépistages des cancers et après 65 ans, il est orienté sur la perte d'autonomie. (20)(21)(22)

Depuis 2012, le RSI offre la possibilité à ses ressortissants d'un bilan de prévention axé sur leur activité professionnelle et les risques qu'elle peut entraîner. Ce bilan est gratuit et comprend un auto-questionnaire en fonction de l'activité, puis une consultation de synthèse auprès du médecin généraliste. Pour l'instant, il concerne : les ambulanciers, les artisans taxi, les avocats, les boulangers-pâtisseries-confiseurs, les carreleurs, les coiffeurs, les couvreurs, les exploitants de pressing, les garagistes et carrossiers, les maçons plâtriers, les médecins, les pharmaciens, les restaurateurs et les vétérinaires. (23)(24)

3. Le régime social agricole (MSA).

La MSA invite tous ses assurés sociaux de 16 à 74 ans à participer à des bilans de médecine préventive gratuits tous les 10 ans. Ces bilans de médecine préventive appelés Instants Santé (IS) sont ciblés sur les pathologies à risque par tranches d'âge de 10 ans, ils vont être décrits au chapitre II de notre travail.

E. La pratique préventive des médecins généralistes.

La pratique préventive des médecins généralistes n'est pas bien identifiée. Elle est diffuse dans la pratique habituelle lors des consultations courantes pour d'autres motifs au cours desquelles les médecins en profitent pour mettre à jour des vaccinations, parler des facteurs de risques, des conduites à risque, des dépistages, donner des conseils hygiéno-diététiques. Il n'existe pas d'acte de prévention bien défini : que ce soit en termes de consultation dédiée, en termes de rémunération ou de référentiel identifié de prévention.

Dans les suites des lois de Santé Publique et de Sécurité Sociale de 2004 et à la loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST) de 2009, des pratiques préventives doivent s'inscrire dans la médecine de premier recours par l'intermédiaire du médecin traitant : acteur principal de la prévention.

Dans ce cadre, la pratique préventive doit être intégrée au parcours de santé des patients lors des consultations habituelles et répétées auprès du médecin traitant. Certains actes de prévention peuvent être délégués à d'autres professionnels de santé avec la nécessité d'une coordination et de temps de concertations pluridisciplinaires. Les examens de prévention doivent être intégrés dans une démarche de suivi avec définition d'objectifs de santé pour le

patient, de modifications de comportements et de prise en charge de facteurs de risque ou de pathologies débutantes.

Les activités préventives nécessitent la mise en place de nouveaux modes de rémunération (NMR) : paiement à la performance individuelle du médecin généraliste avec l'ex contract-type d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) étendu à l'ensemble des médecins généralistes par la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) depuis le 1^o juillet 2012 et/ou la rémunération de l'exercice en maison ou pôle de santé avec coopération entre les différents professionnels intervenant dans la structure : nouveaux modes de rémunérations.

Des consultations de prévention dédiées à certains moments de transition de la vie pouvant exposer à des risques pourraient être utiles : à l'adolescence avec l'entrée dans le dispositif du médecin traitant, aux périodes de chômage associées à des difficultés sociales, et au passage à la retraite.

Il est également nécessaire de mettre en place des référentiels validés et remis à jour de façon régulière avec des démarches de prévention et d'éducation à la santé que les médecins puissent facilement utiliser lors des consultations habituelles.

Il faut aussi garder à l'esprit que si une consultation de prévention dédiée est mise en place dans la pratique des médecins généralistes, elle doit être facile à intégrer à l'activité habituelle avec des outils simples d'utilisation intégrables aux logiciels métiers déjà existants (exemples: système EsPeR (Estimation Personnalisée des Risques) et logiciel PPP (Plan Personnalisé de Prévention)) et peu chronophage. (25)(26)(27)(28)(29)

III. La pratique préventive de la MSA.

A. Le programme de prévention, d'éducation et d'information sanitaire de la MSA.

Chaque année, un arrêté relatif au Fond National de Prévention, d'Éducation et d'Information Sanitaire des Professions Agricoles (FNPEISA) approuve le programme de prévention, d'éducation et d'information sanitaire des professions agricoles. Ce programme est approuvé, en amont, par le Conseil d'Administration de la Caisse Centrale de MSA ; il intègre les orientations de la Convention d'Objectifs et de Gestion de la MSA et prend en compte les objectifs prioritaires de santé publique fixés par l'Etat. (30)

Les actions de ce programme peuvent être regroupées au sein de 5 champs :

1. Les examens de santé, devenus Instants Santé et leurs actions de suite. Ils correspondent à presque la moitié du FNPEISA. (30)

2. Les actions imposées par l'Etat, réglementaires ou conventionnelles qui concernent notamment :
 - la vaccination antigrippale, le vaccin anti-rougeole-oreillons-rubéole (ROR),
 - le dispositif de prévention bucco-dentaire pour les jeunes (6, 9, 12, 15 et 18 ans),
 - les dépistages organisés des cancers du sein (50 – 74 ans), du cancer colorectal (plus de 50 ans, jusqu'à 74 ans) et du col de l'utérus dans les départements concernés (25 – 65 ans).
 - Le sevrage tabagique.

Ces actions représentent autour de 40 % du FNPEISA. (30)

3. Les actions des plans institutionnels MSA (un peu moins de 10 % du fond).

L'Accompagnement de l'Avancée en Age (comme les autres régimes de retraite), avec les actions :

- Seniors, soyez acteurs de votre santé (conférences débats).
- Les Ateliers du Bien Vieillir, développés en partenariat, comportant 7 séances de 2h :
 - Bien dans son corps, bien dans sa tête.
 - Pas de retraite pour la fourchette, Bouger, c'est la santé.
 - Les 5 sens en éveil, gardez l'équilibre.
 - Faites de vieux os.
 - Dormir quand on a plus 20 ans.
 - Le médicament, un produit pas comme les autres.
 - De bonnes dents pour très longtemps.
- La qualité des soins et la prévention en MARPA (Maison d'Accueil Rural des Personnes Agées).
- L'aide aux Aidants.

Mais aussi avec :

- Les Ateliers Nutrition Santé Seniors (cycles de 10 séances).
- Le PEPS Eureka (cycles de 10 séances).

Le Plan dentaire institutionnel, avec 7 axes, en complément des actions de prévention dentaire impulsées par l'Etat :

- Future maman – petite enfance,
- Bilan bucco-dentaire des enfants de 7 ans,
- Promotion du dispositif contrôle bucco-dentaire pour les jeunes de 15 ans,
- Le bilan bucco-dentaire intégré aux examens de santé pour les assurés de 35 à 54 ans,
- Le bilan bucco-dentaire des personnes de 55 ans,
- L'amélioration de la prise en charge bucco-dentaire des personnes en situation de précarité,

- L'amélioration de la prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes hébergées en établissement.

L'accompagnement des malades chroniques (plan ALD), avec l'Education Thérapeutique, le programme MSA est centré sur le risque cardio-vasculaire.

Une innovation est en cours avec le développement de l'éducation thérapeutique pluri pathologique (avec le concours de la faculté de Bobigny).

Bilan de santé pour les personnes en situation de précarité : action faite dans le cadre du plan de lutte contre la précarité. (30)

4. Les actions d'initiatives locales (1 % du Fond).

Elles ont pour cibles la précarité, les jeunes, les personnes âgées. Elles portent sur les chutes, la nutrition, les comportements à risque, les habitudes de vie, les accidents de la vie courante... (30)

5. Des études et recherches (moins de 1% du Fond).

L'étude AMI (Agrica – MSA – ISPED) : état des lieux de la suite d'une cohorte de 1002 retraités du régime agricole, vivant en milieu rural.

CLIPS (Coordination Libérale Professionnelle en Santé).

L'observation de la santé buccodentaire chez les adultes avec le CETAF. (30)

B. Les examens de Santé : Instants Santé.

1. Contexte.

Ils sont le socle de prévention de l'Institution MSA ; ils sont proposés aux adhérents de la MSA de 16 à 74 ans ; en moyenne 6 bilans de santé au cours de leur vie. **Les Instants Santé** sont proposés à plus de 200 000 assurés par an par les caisses de MSA. Les bilans pré-médicaux sont réalisés par une dizaine de laboratoires prestataires de services sur tout le territoire national à partir d'un cahier des charges national. Les consultations de prévention impliquent plus de 10 000 médecins généralistes traitants choisis par les adhérents eux-mêmes.

2. Objectifs.

L'objectif des Instants Santé est de prévenir certains facteurs de risque liés à l'âge et d'identifier éventuellement de nouvelles pathologies.

Six types d'examen sont proposés à 6 classes d'âges distinctes, selon les thèmes suivants :

- **16-24 ans** : il s'agit de prévenir et mettre en évidence les troubles du comportement, les conduites à risque dont les conduites addictives, les infections sexuellement transmissibles.
- **25-34 ans et 35-44 ans** : la prévention et le dépistage sont plus particulièrement centrés sur le risque cardio-vasculaire, le plus en amont possible de la maladie.
- **45-54 ans et 55-64 ans** : la prévention des risques cardio-vasculaire et le dépistage des cancers sont au centre du bilan.
- **65-74 ans** : le repérage de certains facteurs de risque de perte d'autonomie ainsi que la sensibilisation aux dépistages des cancers sont la préoccupation principale.

Ces bilans vont permettre aux adhérents une bonne prise en charge de leur santé, d'acquérir des connaissances nécessaires à leur santé avec l'aide de leur médecin généraliste traitant et ce dernier, en tant que pivot du système, va avoir une vue plus globale du patient et va peut-être identifier des anomalies jusqu'alors inconnues.

Le médecin généraliste est l'acteur privilégié de cette approche Instants Santé ; son intervention repose sur une relation médecin – patient différente plus préventive, mais complémentaire de la relation habituelle plus centrée sur le soin.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique précise les modalités de définition et de mise en œuvre des consultations de prévention et des examens de dépistage. Les Instants Santé s'inscrivent dans cette démarche de santé publique car ils sont axés sur le dépistage des facteurs de risques, des troubles du comportement liés à l'âge et sur l'éducation en santé. Enfin, une démarche qualité, établie à partir de cahiers de charges précis, s'impose à tous les acteurs du dispositif. La coopération de l'ensemble des acteurs, du personnel des caisses qui préparent, en passant par les laboratoires et prestataires et, en fin de cycle, les médecins généralistes qui concluent les bilans, garantit le service rendu à l'adhérent.

Les campagnes Instants Santé sont itinérantes, elles peuvent ainsi contribuer à une certaine dynamique territoriale. (30)

3. La population cible.

Il est proposé à chacun des ressortissants de la MSA, entre 16 et 74 ans, un examen de santé tous les 10 ans. Le cycle de pratique des Instants Santé est quinquennal, le découpage territorial de base repose sur le canton. L'ensemble de la région Lorraine est balayé donc sur une période de 5 ans. Une invitation est adressée aux adhérents concernés, accompagnée d'un dépliant d'information et d'un formulaire de préinscription. Des invitations spécifiques

sont effectuées pour les salariés de certaines entreprises. En cas de non réponse de l'adhérent et à plus forte raison si le taux de réponse aux invitations est insuffisant, des relances sont faites. Environ 20 000 jeunes de 16 à 24 ans ont été invités ces dernières années, et autour de 210 000 adhérents de 25 à 74 ans.

4. Procédure.

- **Pour les 16 - 24 ans**, la procédure se décompose en deux phases :

L'envoi d'une invitation à l'adhérent lui proposant une consultation de prévention réalisée par un médecin généraliste. Cette invitation est accompagnée d'une explication concernant le remplissage d'un auto questionnaire dématérialisé, adapté pour l'un aux 16 ans (annexe A), et le second adapté à ceux, un peu plus âgés, qui sont entrés dans la vie active ou sont en formation par alternance (annexe B).

L'examen médical, ou consultation de prévention (annexe F), est confié au médecin généraliste désigné par l'adhérent.

Pour les jeunes, il n'y a pas de bilan paramédical (ni test, ni exploration fonctionnelle, ni biologie).

- **Pour les 25 - 74 ans** : 3 étapes après l'invitation :

Convocation : Sont convoqués les adhérents qui ont répondu favorablement à la préinscription, les actifs sont plutôt conviés en début de séance, les couples ensemble et les retraités en fin de matinée ; les personnes éloignées du lieu de réalisation des bilans en fin de matinée également.

L'examen pré-médical :

A l'accueil sont vérifiés : l'identité de l'adhérent,
le nom de son médecin généraliste,
le bon remplissage de l'auto questionnaire patient et du volet dentaire (annexes C, D, E).

Le bilan sanguin : tous les adhérents présents bénéficient d'une prise de sang.

Le menu des examens complémentaires varie en fonction du questionnaire de préinscription, voire des plaintes formulées par l'intéressé que l'infirmière s'efforcera de faire préciser.

Les examens et tests suivants sont proposés :

- l'audiométrie,
- la spirométrie,
- la mesure du monoxyde de carbone, le questionnaire de dépendance de Fagerström, l'évaluation de la motivation à l'arrêt de fumer pour le sevrage tabagique,
- la tonométrie.

La consultation de prévention chez le médecin généraliste désigné par l'adhérent, c'est le médecin traitant en majorité. Cette consultation s'appuie sur l'analyse de l'auto questionnaire, sur les résultats du bilan pré-médical (biologie et tests ou explorations fonctionnelles) et sur les éléments médicaux déjà en sa possession. Le médecin va donc réaliser une démarche préventive et/ou curative complémentaire de sa pratique habituelle.

Il pourra ainsi :

- réaliser, en fonction de la classe d'âge, une analyse des facteurs de risque ou des comportements inadaptés en amont des soins,
- proposer les dépistages ou vaccinations nécessaires,
- identifier les éventuels besoins en éducation en santé,
- repérer les possibles besoins sociaux.

Le médecin remplit un questionnaire médical (annexes G, H, I) et établit un bon d'honoraires 1,5 C qu'il adresse à la caisse.

Sont également proposés :

- un bilan bucco-dentaire,
- une prise en charge de la vaccination antitétanique,
- une sensibilisation à l'incontinence urinaire pour les femmes de 35 à 74 ans,
- un conseil nutritionnel sur prescription du médecin (Parcours Nutrition Santé à partir de 2014). (30)

C. Principaux résultats des Instants Santé.

1. Données de santé des assurés MSA.

a. Les affections longues durées.

La MSA protège environ 3,5 millions d'assurés en maladie. Parmi ces assurés, environ 21 % sont pris en charge en ALD, soit 762 598 assurés en janvier 2011.

Le groupe majoritaire est représenté par les patients ayant au moins une ALD de la catégorie des maladies vasculaires (383 970), soit la moitié de l'effectif environ. Les affections principales étant l'hypertension artérielle (HTA) (163 498), l'insuffisance cardiaque grave, les troubles du rythme, les cardiopathies vasculaires et les cardiopathies congénitales graves (121 117), les maladies coronaires (103 269), les artériopathies chroniques (46 343) et les accidents vasculaires cérébraux (AVC) (37 660).

Le second groupe concerne toutes les tumeurs malignes (165 658), avec majoritairement les tumeurs du sein, de la prostate et les cancers colorectaux.

Ensuite, les diabétiques (type 1 et 2) (154 626), les affections psychiatriques (62 714) et la maladie d'Alzheimer (39 536).

L'insuffisance respiratoire grave touche 32 426 assurés.

Le tableau ci-après décrit l'ensemble des ALD 30 et des ALD hors liste et poly pathologies.

		Nombre de patients pour l'ALD	Taux de prévalence pour 1000
12	Hypertension artérielle sévère	163 498	47.4
5	Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme, cardiopathies valvulaires, cardiopathies congénitales graves	121 117	35.1
13	Maladie coronaire	103 269	30.0
3	Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	46 343	13.4
1	Accident vasculaire cérébral invalidant	37 660	10.9
Nombre total de patients ayant au moins une ALD du groupe maladie cardio-vasculaire		383 970	111.4
30	Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	165 658	48.0
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2	154 626	44.8
23	Affections psychiatriques de longue durée	62 714	18.2
15	Maladie d'Alzheimer	39 536	11.5
14	Insuffisance respiratoire chronique grave	32 426	9.4
22	Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	17 199	5.0
16	Maladie de Parkinson	13 644	4.0
9	Formes graves des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave	11 712	3.4
19	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	7 793	2.3
6	Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	7 364	2.1
24	Maladie de Crohn et rectocolite hémorragique évolutives	5 153	1.5
21	Péri artérite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, Sclérodermie généralisée évolutive	4 451	1.3
27	Spondylarthrite ankylosante grave	4 173	1.2
25	Sclérose en plaques	3 053	0.9
17	Maladies Métaboliques héréditaires	2 854	0.8
2	Insuffisances médullaires et autres	1 631	0.5

	cytopénies chroniques		
7	Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé et infection par le VIH	1 540	0.4
20	Paraplégie	1 474	0.4
11	Hémophilie et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	899	0.3
26	Scoliose structurale évolutive	741	0.2
29	Tuberculose active	679	0.2
28	Suites de transplantation d'organe	569	0.2
10	Hémoglobinopathies, Hémolyses chroniques constitutionnelles et acquises sévères	208	0.1
18	Mucoviscidose	182	0.1
4	Bilharziose compliquée	2	0.0
Nombre total de patients ayant au moins une ALD 30		710 601	206.1
31	Hors liste	45 746	13.3
32	Poly pathologies	6 251	1.8

b. Les arrêts de travail.

Les salariés actifs, assurés par la MSA, bénéficient de 603 500 prescriptions d'arrêt de travail en 2012 (632 500 en 2011), chiffres issus du rapport d'activité des Services du Contrôle Médical et Dentaire de la MSA présenté au CSPSA (Conseil Supérieur des Prestations Sociales Agricoles) du 25/06/2013. Le premier motif de prescription portant sur les affections de l'appareil locomoteur (en particulier sur une étude en Franche-Comté), le 2^{ème} motif (20 % des arrêts) relevant des affections à caractère psychiatrique.

c. Les invalidités.

En matière de mise en invalidité (pour les salariés, comme pour les non salariés), la première cause porte encore sur les affections de l'appareil locomoteur, la seconde sur les affections à caractère psychiatrique et la troisième sur le risque cardio-vasculaire (Journées Médicales MSA des 29 et 30 mars 2012). Ces éléments confirment s'il en était besoin, l'importance de conduire des actions de prévention, dont les Instants Santé pour les assurés MSA.

2. Participation aux Instants Santé.

a. Résultats nationaux pour la période 2010 – 2012.

	Invités	Participation pré-médicale	Consultations médecins généralistes
2012	200 400	60 200	42 300
2011	211 725	62 577	43 912
2010	215 306	63 202	47 328

Le taux de participation à la partie pré-médicale est situé autour de 30 % et le taux de consultation des médecins généralistes autour de 21 % sur les trois années.

Le taux de participation est meilleur pour les adhérents les plus âgés. Il est très variable d'un département à l'autre et d'une caisse à l'autre (pour les départements, le plus élevé est de 49 % (Mayenne), le plus faible de 5 % (Bouches du Rhône) en 2011 ; et à l'échelle des caisses, entre 36 % pour Mayenne - Orne - Sarthe et 6,5 % pour Provence – Azur) et selon les assurés du fait des territoires concernés localement (différence de 4 points en moins pour Mayenne – Orne - Sarthe en 2010 avec une 4^{ème} place seulement, et hausse de 3 points pour Provence Azur, sans changement de place).

b. Résultats en Lorraine sur 5 ans, entre 2008 et 2012.

(En annexe J, le détail par année)

		Population invitée aux examens de santé	Population convoquée à l'examen pré médical	Population ayant réalisé l'examen pré médical	Population ayant réalisé la consultation de prévention	Ratio participants / invités
	SA	16 716	4 305	3 288	2 358	14,11 %
	NSA	20 209	6 814	5 468	3 991	19,75 %
	54	10 122	2 961	2 381	1 754	17,33 %
	55	5 246	2 216	1 589	1 361	25,94 %
	57	11 018	3 074	2 465	1 610	14,61 %
	88	10 539	2 868	2 321	1 624	15,41 %
	Région	36 925	11 119	8 756	6 349	17,19 %
	Homme	22 855	6 801	5 369	3 805	16,65 %
	Femme	14 070	4 318	3 387	2 544	18,08 %
	16-24 ans	4 353	-	-	471	10,82 %
	25-34 ans	3 986	848	608	334	8,38 %
	35-44 ans	5 616	1 718	1 328	817	14,55 %
	45-54 ans	7 180	2 555	2 039	1 282	17,86 %
	55-64 ans	8 081	3 136	2 499	1 748	21,63 %
	65-74 ans	7 709	2 862	2 282	1 697	22,01 %
SA	16-19 ans	1 493	0	0	190	12,73 %
	20-24 ans	1 475	0	0	100	6,78 %
	16-24 ans	2 968	0	0	290	9,77 %
NSA	16-19 ans	1 048	0	0	159	15,17 %
	20-24 ans	337	0	0	22	6,53 %
	16-24 ans	1 385	0	0	181	13,07 %

36 925 adhérents ont été invités, répartis entre 4 353 jeunes de 16 à 24 ans et 31 679 adultes âgés de 25 à 74 ans. Le taux moyen de participation sur 5 ans est donc de 17,19 %. Il existe de nombreuses variations autour de ce taux.

La première, comme au niveau national, est « géographique », entre les départements et les caisses : la MSA Lorraine a des taux de participation inférieurs à ceux de la MSA Marne-Ardennes-Meuse (la MSA Marne-Ardennes-Meuse est toujours mieux classée que la MSA Lorraine sur les bilans 2010 et 2011, respectivement 15^{ème} et 20^{ème} en 2010 et 11^{ème} et 27^{ème} en 2011). Il y a des explications à chercher dans la stratégie d'invitation (sélection de la population à inviter). Il y a une variation départementale. La Meuse est toujours plus participative, suivie de la Meurthe et Moselle et des Vosges.

La deuxième variation est fonction de la catégorie d'assurés. Les non salariés agricoles (NSA) (agriculteurs et employeurs de main d'œuvre) sont plus participatifs que la catégorie salariée (5 points d'écart). Pour les différences concrètes entre ces deux populations, nous mettrons en évidence leur lieu d'habitation (plus rural pour les NSA) et la médecine du travail pour les salariés agricoles (SA).

D'autres observations sur la consommation de soins et sur le comportement en matière de santé mettent en évidence cette différence entre exploitants et salariés agricoles : pratique de la chirurgie ambulatoire (10% d'écart à la faveur des salariés agricoles), analyse plus approfondie de la santé mentale (taux de consultations de psychiatrie très inférieur pour les exploitants).

Un des intérêts de cette variation réside dans le caractère « **marqueur de ruralité** » de la population des assurés non salariés agricoles.

La population salariée est moins caractérisée rurale, du fait d'une proportion importante de salariat tertiaire (Crédit Agricole, Groupama, MSA, Chambre d'Agriculture...) dont le comportement est proche du comportement urbain.

Certaines zones lorraines, à l'image d'Albestroff, Bulgnéville ou Vigneulles les Hattonchatel sont cependant caractérisées par leur véritable typologie « ouvrière » de secteur primaire de production, du fait de la présence de coopératives agricoles du secteur de l'agro-alimentaire.

La troisième variation porte sur **le genre**. Les hommes participent moins que les femmes.

La quatrième variation porte sur **la participation en fonction de l'âge**. Les plus âgés participent mieux que les jeunes. La tranche d'âge qui fréquente le moins les Instants Santé est la tranche 20-24 ans (6,5 %), celle qui fréquente le plus est celle des 65-74 ans (avec 22 %). La tranche d'âge des 25-34 ans est aussi en dessous de 10 %. Il est aussi intéressant de remarquer une différence de participation entre les enfants et ayant droits d'exploitants âgés de 16 à 20 ans (15,17 %) et les enfants de salariés (12,73 %).

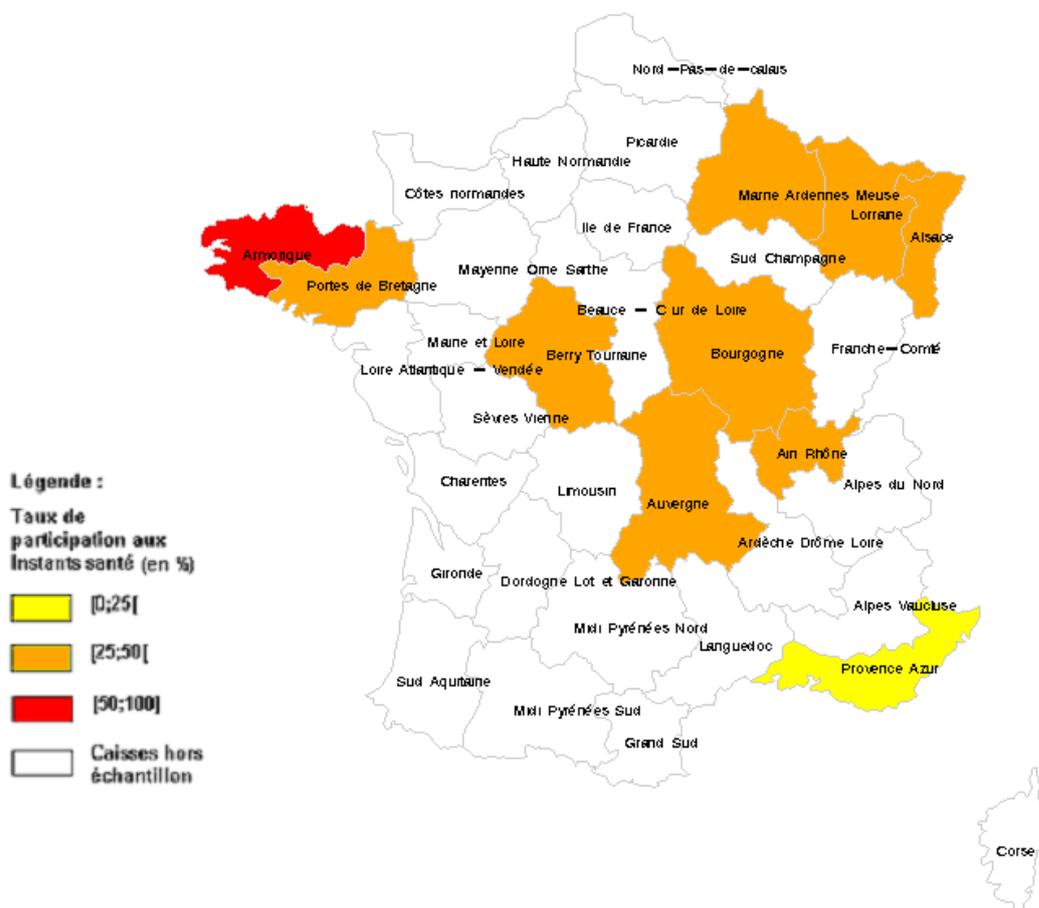
Le problème en Lorraine, comme en France, est la baisse de fréquentation de ces bilans de santé globaux d'une part et, d'autre part, le doute quant à l'efficacité, les participants étant souvent consommateurs réguliers de soins. Une étude en ce sens a été conduite par la

CCMSA et publiée en novembre 2013 par la Direction des Etudes, des Répertoires et des Statistiques.

3. Profil de consommation de soins des participants et des non participants aux Instants Santé.

Le taux de participation des invités de 25 à 74 ans baisse régulièrement depuis 2008 (23,5 % en 2008 ; 22,9 % en 2009 ; 22 % en 2010 ; 20,7 % en 2011). La COG (Convention d'Objectifs et de Gestion) conclue entre l'Etat et la MSA pour la période 2011-2015 prévoit une adaptation du dispositif Instants Santé : « Les Instants Santé feront l'objet d'une évolution permettant de renforcer leur fonction préventive et médico-sociale, le repérage et la participation des assurés non consommant ou en situation de précarité ». Une étude a donc été menée, visant à caractériser la participation en fonction de la consommation de soins. Un recueil de données de consommation de soins a été effectué au sein de 10 caisses dont la Lorraine (cf. carte). Nous en avons extrait les quelques éléments suivants. (31)

TAUX DE PARTICIPATION DES INVITES AUX INSTANTS SANTE EN 2011 DANS LES CAISSES PARTICIPANT A L'ETUDE



36999 assurés MSA ont été invités aux Instants Santé en 2011 sur ces 10 caisses. 60% d'hommes, avec un âge moyen pour l'ensemble de 54,7 ans ; 57,5 ans pour les femmes et 52,8 ans pour les hommes.

Le taux de participation est de 37,1% (dont 59,2% d'hommes) avec un âge moyen de 55,6 ans alors que l'âge moyen de l'ensemble des non participants est de 54,1 ans. (31)

	Invités	Age moyen (années)	Participants	Age moyen (années)	Non participants	Age moyen (années)
Hommes	22219	52,8	8130	53,8	14089	52,2
Femmes	14780	57,5	5599	58,1	9181	57,1
Ensemble	36999	54,7	13729	55,6	23270	54,1

En Lorraine, cette même année, 4731 assurés ont été invités à participer aux Instants Santé dont 63% d'hommes, l'âge moyen de l'ensemble étant de 54,2 ans. Seulement 28,9% ont participé, avec un âge moyen de 55,4 ans.

	Invités	Age moyen (années)	Participants	Age moyen (années)	Non participants	Age moyen (années)
Hommes	2996	52,4	828	53,7	2168	51,8
Femmes	1735	57,3	541	58	1134	57
Ensemble	4731	54,2	1369	55,4	3302	53,7

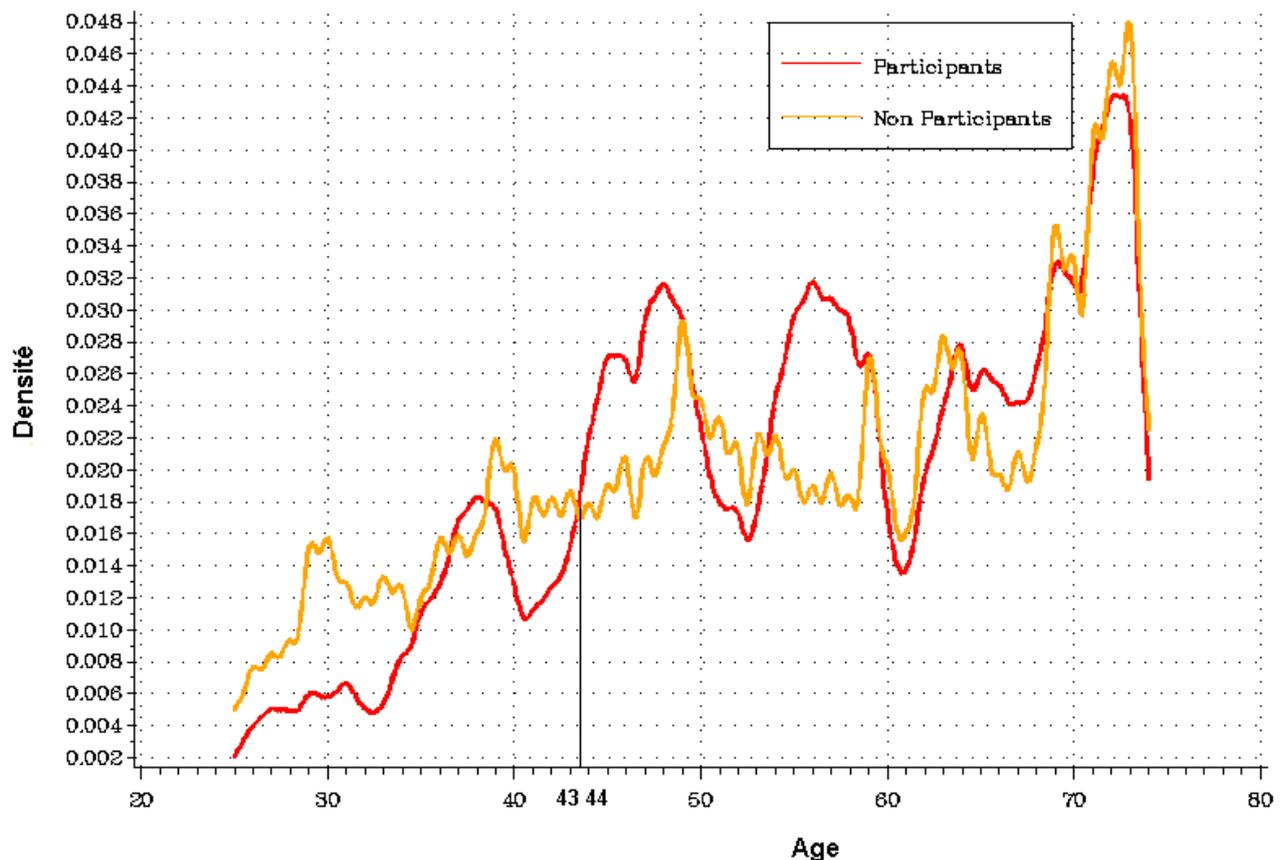
En Lorraine, la répartition des assurés MSA par tranche d'âge est la suivante :

Tranches d'âges	Nombre d'assurés MSA en Lorraine
0 - 16 ans	3353
16 - 25 ans	12894
26 - 45 ans	12881
46 - 65 ans	20785
Plus de 65 ans	22132
Total	72045

L'âge influe sur la participation, c'est le facteur principal. Deux courbes de densité ont été établies en fonction de la participation ou non aux examens de santé afin de caractériser la participation selon l'âge. Les deux courbes suivent le même mouvement mais un changement se produit entre 43 et 44 ans : alors que la courbe de densité des non participants stagne, celle des participants continue de croître et passe au dessus de celle des non participants. Entre 45 et 50 ans et entre 52 et 58 ans la courbe de densité des participants est bien au dessus de celle des non participants. Les décrochages des deux

courbes se suivent à 40 ans, 50 ans et 60 ans ; ils sont symétriques et liés à la démographie des populations invitées lors de cette campagne 2011. (31)

COURBES DE DENSITE DE L'AGE DES PATIENTS INVITES AUX EXAMENS DE SANTE EN 2011 SELON LEUR PARTICIPATION



La Direction des Etudes, des Répertoires et des Statistiques de la Caisse Centrale de MSA (CCMSA) a retenu le principe de regrouper les assurés en 2 classes d'âge : 25-44 ans regroupant 36,3% et 45-74 ans regroupant 60,7% de la population, ce qui confirme la tendance donnée par les courbes de densité. Chez les plus jeunes : 25-44 ans (moyenne d'âge 36,3 ans) le taux de participation est de 30,1% chez les 45-74 ans (moyenne d'âge 60,7 ans) le taux de participation est de 39,4%. Ces deux classes d'âge vont constituer les 2 groupes pour l'analyse de la consommation de soins en fonction de la participation (l'âge de 45 ans correspondant également à une limite de classe d'âge dans le processus d'organisation des Instants Santé).

3 profils ou groupes homogènes ont pu être mis en évidence chez les moins de 45 ans et 4 chez les plus de 45 ans.

a. Chez les moins de 45 ans, 3 groupes.

- 2 groupes de non participants :
 - Un groupe de non consommateurs de soins, à profil masculin, non participants aux Instants Santé (58 % des invités de moins de 45 ans) ;
 - Un groupe contraint par son état de santé dégradé à consommer des soins, non participants aux Instants Santé (5 % des invités de moins de 45 ans).
- 1 groupe de participants :
 - Un groupe féminin non malade avec une attitude auto-préventive, participant aux Instants Santé (36 % des invités de moins de 45 ans).

b. Chez les plus de 45 ans, 4 groupes distincts.

- 2 groupes de non participants :
 - Un groupe d'hommes non salariés, en bonne santé qui a peu recours au système de soins, non participants aux Instants Santé (42 % des invités de 45 ans ou plus) ;
 - Un groupe d'invités recourant au système de soins contraints par leur mauvais état de santé, non participants aux Instants Santé (22 % des 45 ans et plus).
- 2 groupes de participants :
 - Un groupe d'hommes, en bonne santé, ayant peu recours au système de soins, sauf pour des soins dentaires, préventifs, participants aux Instants Santé (16 % des 45 ans et plus) ;
 - Un groupe de femmes, en bonne santé, recourant au système de soins de manière préventive, participants aux Instants Santé (20 % des 45 ans ou plus).

Les participants aux Instants Santé sont souvent des personnes dont on peut supposer qu'elles ont un comportement auto préventif et consommatrices de soins. A l'inverse, les personnes qui n'ont pas ce comportement auto préventif ne participent pas.

Etre en ALD n'est pas interdépendant d'un comportement préventif supposé ; ainsi les personnes bénéficiant d'une ALD ne participent que très peu aux Instants Santé bien qu'elles aient recours au système de soins, plus par nécessité que par prévention.

Enfin, un certain nombre d'éléments ont un effet sur la probabilité de participer aux Instants Santé :

RELATION ENTRE LES VARIABLES ET LA PARTICIPATION AUX INSTANTS SANTE

Variable	Effets sur la probabilité de participer aux Instants Santé
Avoir séjourné en hôpital public	Négatif
Bénéficiaire de la CMU-C	Négatif
Etre salarié	Négatif
N'avoir eu aucun remboursement de soin	Négatif
Avoir une ALD	Négatif chez les 45 ans ou plus
Avoir consulté un dentiste	Positif
Avoir consulté plus d'une fois son médecin généraliste pour un acte en C	Positif
Avoir consulté un gynécologue	Positif chez les 45 ans ou plus
Avoir eu un bilan biologique (cholestérol + glycémie)	Positif chez les 45 ans ou plus
Avoir séjourné en hôpital privé	Positif chez les 45 ans ou plus
Etre un homme	Positif chez les 45 ans ou plus

Source : MSA

Le nombre total de consultations chez un dentiste ou un généraliste est la variable la plus en corrélation avec la participation quelque soit l'âge. La consommation d'actes de biologie est un facteur discriminant pour la participation chez les 45 ans ou plus. L'hospitalisation est discriminante différemment selon qu'elle est publique (probabilité moindre de participation aux Instants Santé) ou qu'elle est privée (probabilité plus grande de participer) ; effet économique et culturel sans doute. Bénéficiaire de la CMU présente un effet négatif sur la participation, quel que soit l'âge (problème de priorité...). L'appartenance au régime des salariés agricoles, diminue la probabilité de participer (effet médecine du travail entre autre). Le sexe est une variable discriminante chez les 45 ans et plus, les hommes participant davantage que les femmes, ce qui, en soit, est plutôt une surprise. Avoir une affection de longue durée joue défavorablement sur la participation chez les 45 ans ou plus, peut être est-ce lié au fait décrit précédemment de l'obligation déjà subie de se faire suivre de manière « chronique ». Une consommation de soins faible voire nulle influence la participation, avec une diminution de la probabilité de participer.

Au final, l'étude CCMSA permet de mettre en évidence un profil type des participants : des personnes qui ont le plus recours aux soins, ce qui est particulièrement vrai pour la consommation d'actes de consultation chez le médecin généraliste, chez le dentiste ou chez le spécialiste ; cela joue avant le suivi biologique. En revanche, les patients en ALD, logiquement bien suivis dans le cadre de leur protocole de soins, participent moins. De

même, les populations précaires (bénéficiaires de la CMU-C), déjà peu consommatrices de soins, sont peu enclines à participer aux Instants Santé. Ces éléments seront importants pour la communication à avoir avec les assurés en lien avec les médecins.

4. Statistiques lorraines des Instants Santé MSA (2008-2012) par rapport aux statistiques nationales avec l’outil EDS pour les 25-74 ans.

L’outil EDS de la MSA permet le recueil et l’analyse des données épidémiologiques des examens périodiques de santé de la MSA (Instants Santé). Cela nous permet d’extraire des statistiques au niveau national et local et de pouvoir les comparer.(32)

a. Taux de participation aux Instants Santé.

Sur le plan national, sur la période 2001 – 2005, 333810 assurés de 35 à 65 ans ont participé à l’examen préclinique et 257712 à la consultation de prévention auprès de leur médecin traitant (77,2% de ceux qui ont participé à l’examen préclinique). 56% des participants à l’examen préclinique étaient des exploitants, 41,3% des salariés et 2,7% avaient un statut indéterminé.

En Lorraine, entre 2008 et 2012, 5866 assurés MSA de 35 à 65 ans (5129 dossiers exploitables dans la base de données EDS) ont participé à l’examen préclinique, parmi eux 51,9% étaient des exploitants agricoles, 27,8% des salariés et 0,5% de statut inconnu (les autres étant ayants droits). 3847 consultations de médecine générale ont été réglées par la MSA (65,8% des participants aux examens précliniques).

b. Résultats lorrains issus des auto-questionnaires (2008-2012).

On constate que la perception de l’état de santé comme étant bon ou très bon est très importante chez les jeunes (25-34 ans) : 96,02% et diminue avec l’âge pour atteindre 79,69% dans la tranche d’âge 65-74 ans. La perception de l’état de santé comme étant mauvais ou très mauvais augmente surtout au-delà de 45 ans : 7,72% pour la tranche d’âge 45-54 ans pour devenir maximale 9,5% entre 65 et 74 ans. Ces résultats sont proches de ceux de la population nationale entre 2008 et 2009 surtout en ce qui concerne la perception de l’état de santé comme mauvais ou très mauvais pour les 45-54 ans : 6,98% et pour les 65-74 ans 9,51%.

En Lorraine sur la période 2008-2012, la vie sexuelle est ressentie meilleure chez les plus jeunes (25-34 ans) dans les 2 sexes, respectivement chez 83,42% des hommes et 84,33% des femmes, alors que sur le plan national entre 2008 et 2009, c’est dans la tranche d’âge 35-44 ans que les participants trouvent leur vie sexuelle satisfaisante respectivement pour 76,77% des hommes et 81,58% des femmes.

Le sentiment d'avoir un bon sommeil va décroissant avec l'âge, il passe de 75,70% chez les 25-34 ans à 51,89% chez les 65-74 ans et celui d'avoir un mauvais sommeil passe de 20,12% (25-34 ans) à 31,67% (65-74 ans) au niveau lorrain sur la période 2008-2012. La tendance est la même en ce qui concerne le mauvais sommeil au niveau national entre 2008 et 2009, le pourcentage passe de 24% pour les 25-34 ans à 32,1% pour les 65-74 ans.

Chez les 45-74 ans, la corrélation entre le risque d'apnée du sommeil et l'IMC retrouve un plus fort taux de risque d'apnée du sommeil chez les personnes porteuses d'une obésité modérée à sévère : 11,94% chez les lorrains entre 2008 et 2012, ce taux est plus fort : 13,2% sur le plan national entre 2008 et 2009.

En Lorraine sur la période 2008-2012, chez les 25-74 ans, le risque de dépression est de 5,7%, comparable au risque national 2008-2009 de 5,9%, on note une tendance plus marquée à la dépression chez les femmes : 6,44% en Lorraine.

c. Résultats tirés de l'examen pré-médical en Lorraine (2008-2012).

La fréquence de l'obésité en Lorraine sur la période 2008-2012 va croissant avec l'avancée en âge et est plus importante chez les hommes, elle passe de 12,3% chez les hommes de 35-44 ans à 33,7% chez ceux de 55-65 ans et de 3,1% chez les femmes de 35-44 ans à 23,2% chez celles de 55-65 ans, avec au total 11% d'obèses de 35 à 65 ans tous âges confondus. Sur le plan national sur la période 2001-2005, on observait une plus grande part de femmes obèses : 11,7% des 35-44 ans contre 10,1% des hommes de la même tranche d'âge et 23,5% des femmes de 55 à 65 ans contre 21,9% d'hommes de mêmes âges. Au total, il y avait 17,1% d'obèses âgés de 35 à 65 ans des 2 sexes.

En ce qui concerne le surpoids, en Lorraine sur la période 2008-2012, il y avait 43,6% de participants aux examens de santé de 25 à 74 ans avec un IMC entre 25 et 30.

d. Résultats lorrains issus des dossiers médicaux (2008-2012).

En Lorraine sur la période 2008-2012 : 462 dyslipidémies ont été découvertes lors des Instants Santé et confirmées par le médecin généraliste, soit un taux de 11,17%, on remarque que le taux de découvertes le plus important est de 15,38% chez les 35-44 ans, il est de 11,54% chez les 45-54 ans. En France sur la période 2008-2009 : 11% de dyslipidémies ont été découvertes et confirmées suite aux Instants Santé.

31 diabètes de type 2 (0,75%) ont été découverts et confirmés par le médecin généraliste lors des Instants Santé en Lorraine entre 2008 et 2012. En France sur la période 2008-2009, 2% de diabètes de type 2 ont été confirmés suite aux Instants Santé.

Entre 2008 et 2012, 94 HTA permanentes confirmées par le médecin traitant ont été découvertes suite aux Instants Santé soit : 2,27%. En France sur la période 2008-2009, 2% d'HTA permanentes ont été confirmées.

En ce qui concerne les risques de dépendance chez les assurés lorrains de 65 à 74 ans, sur la période 2008-2012, il persiste des troubles de l'audition dans 44,85% des cas, 32,11% de troubles de la vision et des troubles du sommeil chez 20,34% des participants. Le taux d'ostéoporose avec risque fracturaire est de 9,19%, la diminution de la mobilité de 10,05% et les signes de dépression de 6,07%. Sur le plan national sur la période 2008-2009 la même tendance est observée.

En Lorraine sur la période 2008-2012, les Instants Santé ont permis la découverte de facteurs de risque ou de pathologies chez 605 assurés MSA âgés de 25 à 64 ans, soit 14,6% des personnes ayant effectué la consultation de prévention, les plus forts taux sont : 16,08% (202 participants) chez les 45-54 ans et 15,07% (260 participants) chez les 55-64 ans. Sur le plan national sur la période 2008-2009, le taux de découverte de pathologies ou facteurs de risque chez les 25-64 ans est plus élevé : soit 16%. Pour la tranche d'âge 65-74 ans, en Lorraine sur la période 2008-2012 : 259 risques ou pathologies ont été découverts, soit un taux de 15,87%, taux moins élevé que celui retrouvé au niveau national en 2008-2009 pour la même tranche d'âge qui est de 19%.

En Lorraine sur la période 2008-2012, les médecins généralistes ont prévu de solliciter un avis spécialisé pour 1,26% des patients ayant participé à la consultation de prévention, soit 60 patients. Les spécialistes les plus sollicités en Lorraine sont : en premier lieu les urologues, puis les ophtalmologistes et les gynécologues-obstétriciens, viennent seulement en 7° position les cardiologues et en 8° position les pneumologues. Sur le plan national sur la période 2008-2009, le taux de sollicitation des spécialistes est beaucoup plus élevé : 15%. Les spécialités qui occupent les trois premières places au plan national sont : les ophtalmologistes, les ORL et les cardiologues, les urologues viennent en 5° position, les pneumologues en 7° position.

Suite aux Instants Santé, sur la période 2008-2012, les médecins généralistes lorrains ont prévu de mettre à jour 1675 vaccinations soit 28,83%. Sur le plan national, en 2008-2009 : 31% de vaccinations ont été réalisées ou programmées.

En ce qui concerne les dépistages : au niveau lorrain sur la période 2008-2012 : un bilan bucco-dentaire a été recommandé dans 14,58% des cas, un frottis du col de l'utérus dans 11,16% des cas, une mammographie de dépistage dans 10,50% des cas et un dépistage du cancer colorectal dans 24,46% des cas. Sur le plan national en 2008-2009, un dépistage de cancer colorectal a été recommandé dans 34,6% des cas, un frottis du col de l'utérus dans 27,5% des cas et une mammographie de dépistage dans 25,9% des cas et un bilan bucco-dentaire a été recommandé dans 16,3% des cas, c'est bien plus que sur le plan régional lorrain.

En ce qui concerne la recommandation par le médecin généraliste d'un « conseil nutritionnel » proposé par la MSA, en Lorraine entre 2008 et 2012, le taux est seulement de 2,32% alors que la fréquence de l'obésité est de 11% et celle du surpoids de 43,6%, le taux de dyslipidémies découvertes est de 11,17% et que 0,75% de diabète de type 2 ont été diagnostiqués suite aux Instants Santé. Par contre sur le plan national en 2008-2009, il y a eu 8,1% de recommandations de conseils nutritionnels MSA.

Enfin, un nouveau traitement a été mis en place pour 17,51% soit 1017 patients âgés de 25 à 74 ans en Lorraine entre 2008 et 2012, alors que sur le plan national en 2008-2009, le taux de mise en place de nouveau traitement est plus élevé : 19,4%.

5. Résultats issus des Bilans de Santé des 16-24 ans (année 2013) au niveau national.

Le secteur Prévention Santé de la CCMSA et, en particulier, le chargé de mission Instants Santé (Hicham M'GHAFRI) ont effectué une première analyse statistique des dossiers médicaux des adolescents sur 2013.

Le taux de participation est faible : 7,4 % sur les premiers 6 mois (décembre 2012 – juin 2013). Il y a peut-être une petite augmentation sur le 1^{er} semestre 2013 (effet « chèque sport »).

Une exploitation des données de 5 794 dossiers médicaux passés en lecture automatique de documents (LAD) a pu être conduite :

- 28,5 % sont des assurés Non Salariés Agricoles (Exploitants pour 2,2 %, 26,2 % d'ayant droit et 0,1 % non actifs),
- 61,3 % sont assurés Salariés Agricoles (salariés pour 19,5 %, 40,1 % d'ayant droit et 1,7 % d'inactifs),
- 10 % sans précision de statut.

La tranche d'âge la plus représentée est celle des 16 ans (47,6 %). La deuxième est celle des 17 à 19 ans (33,5 %). Les 20-24 ans ne représentent que 16,4 %. Il y a 52,9 % de garçons pour 47 % de filles.

Sur le plan santé physique : 8,5 % ont des antécédents médicaux, 2 % un handicap physique, 23,8 % un déficit visuel le plus souvent corrigé (à 90 %), 2 % de déficit auditif dont presque la moitié ont été adressés chez un spécialiste ORL (seulement 1/3 corrigé).

Un certain nombre de pathologies sont déclarées, avec dans l'ordre décroissant : 8,6 % d'affections ostéo-articulaires, 6,4 % d'affections dermatologiques, 3,5% d'affections respiratoires, 1,8 % d'affections neurologiques, 1,6 % d'affections psychologiques.

a. Pathologies.

Pathologies	Oui		Non		Pas de réponse		Total
	N	%	N	%	N	%	
Ostéo-articulaire	498	8,6	5189	89,6	107	1,9	5794
Dermatologique	368	6,4	5398	93,2	28	0,5	5794
Respiratoire	206	3,6	5546	95,7	42	0,7	5794
Autres	179	3,1					5794
Neurologique	103	1,8	5658	97,7	33	0,6	5794
Psychiatrique	93	1,6	5662	97,7	39	0,7	5794
Endocrinologique	76	1,3	5690	98,2	28	0,5	5794
Malformative	69	1,2	5689	98,2	36	0,6	5794
Digestive	67	1,2	5709	98,5	18	0,3	5794
Cardiaque	43	0,7	5729	98,9	22	0,4	5794
Infectieuse	35	0,6	5739	99	20	0,4	5794
Cancéreuse	6	0,1	5771	99,6	17	0,3	5794
Pathologies constatées	1743						5794

Sur le plan vaccinal, 668 mises à jour ont été préconisées.

Sur le plan dentaire : 22,2 % sont non suivis et 389 suivis sont nécessaires (6 %).

En moyenne, l'état de santé physique ressenti est de 6,62/10, dont 206 à moins de 7 (soit 3,5 %).

Sur le plan santé mentale, la note moyenne est de 7,98, dont 213 à moins de 7 (soit 3,6 %).

1% consomme des anxiolytiques ou des antidépresseurs. 5,7 % ont des troubles du sommeil.

Une prise en charge psychologique est conseillée pour 2,5 %.

b. Bien être / prévention.

	OUI		NON		Pas de réponse		Total
	N	%	N	%	N	%	
Consommation de tabac	943	16,3	4 828	83,3	23	0,4	5 794
Consommation à risque d'alcool	267	4,6	5 499	94,9	28	0,5	5 794
Activité physique suffisante	4 167	71,9	1 573	27,2	54	0,9	5 794
Régime alimentaire correct	4 716	81,4	1 010	17,4	68	1,2	5 794
Conseil nutritionnel MSA	129		313		11		453
Connaissance des IST	4 811	83	848	14,6	135	2,3	5 794
Risque VIH / VHB / VHC	239	4,1	5 499	94,9	56	1	5 794
Vaccination VHB à jour	2 443	42,2	2 905	50,1	446	7,7	5 794
Frottis déjà pratiqué	317	11,6					2 725 filles
Contraception stable en cours	981	16,9	2 601	44,9	2 212	38,2	5 794
Vie relationnelle équilibrée	5 179	89,4	420	7,3	195	3,4	5 794
Prise en charge sociale envisagée	113	2	5 566	96	115	2	5 794

La moitié des jeunes ne sont pas à jour pour la vaccination contre l'hépatite B. Plus d'un quart n'ont pas d'activité physique suffisante. Un sur six consomme régulièrement du tabac et 5% ont une consommation à risque d'alcool. 2,5% ont une consommation mixte d'alcool et de tabac. 7,5% disent ne pas avoir une vie relationnelle équilibrée et pour 2% une prise en charge sociale est envisagée.

La note de bien être social est de 6,3 en moyenne, avec 297 à moins de 7 (soit 5,1 %).

IV. Focus groups médecins généralistes MSA Lorraine.

A. Méthode.

1. L'objectif.

Les Instants Santé de la MSA sont destinés à préserver le capital santé des assurés et à répondre à leurs besoins. La place occupée par les médecins généralistes traitants dans ces bilans est très importante, du fait de la délégation de la partie clinique, mais surtout, par les orientations et conclusions qu'ils sont amenés à faire pour leurs patients. Dans le but d'accroître le service rendu de sa médecine préventive en direction de ses assurés, la MSA se

doit d'accroître sa coordination avec la médecine générale, en particulier en matière de complémentarité et coopération. L'apport de l'expérience des médecins généralistes traitants, de la réalité de leur exercice, et de leur logique de terrain est fondamental ; les échanges avec eux et entre eux permettent de faire émerger leurs opinions, leurs préférences et leurs souhaits pour une évolution de leurs places, rôles et missions dans le cadre de ces bilans. Des focus groups vont montrer que cet objectif est accessible, dans une ambiance de conversation de type « café-club » et dans la spontanéité des discours quotidiens.

2. Le questionnaire.

19 questions permettent un balayage de la thématique, en partant de la pratique de la prévention en médecine générale, de la connaissance des bilans des régimes d'assurance maladie, de leur place par rapport aux dépistages organisés, du rôle des praticiens, de l'intégration dans leur pratique, des résultats et apports, des suites données, des intérêts, des inconvénients, des manques de ces bilans. Enfin, des ajouts ou retraits sont proposés avant d'échanger sur la manière de faire évoluer ces bilans, et surtout comment communiquer, le tout bien sûr pour améliorer le service rendu aux patients et accroître leurs participations. Le cheminement du questionnaire et donc du recueil des données, a pour but de mettre en évidence, à travers les échanges, les avantages et les inconvénients, et de profiter du retour d'expériences pour progresser. (Questionnaire en annexe K)

3. La sélection des participants et des groupes.

Les équipes médicales de la MSA ont de nombreux liens avec les professionnels de santé et avec les médecins généralistes en particulier, du fait de leurs différentes activités en matière de contrôle médical, de prévention dont la Santé au Travail, d'organisation des soins, de suivi conventionnel.

La MSA a ainsi accompagné des innovations : à l'image de l'accessibilité aux soins dans les territoires ruraux (MSP), de l'éducation thérapeutique (ETP), de l'exercice de la médecine générale dans les hôpitaux locaux, mais aussi de la prévention chez les jeunes en maison familiale. Les praticiens conseils de la MSA ont de ce fait gardé des liens forts avec certaines équipes et continué de les accompagner ou de travailler à leurs côtés. D'autres liens découlent du métier d'assureur maladie, ceux avec le syndicalisme médical dans le cadre conventionnel et dans le cadre des instances régionales (ARS, URPS). De nombreux échanges et conversations en découlent, qui permettent dans une ambiance de société savante miniature ou de « savants amateurs vulgarisateurs » de coopérer dans une interaction souple. C'est ainsi qu'avancent encore des projets du type Education Thérapeutique Pluridisciplinaire, développement de l'activité physique adaptée à la santé, voire télé-dermatologie ou éducation à porter soins et secours,... C'est de ce contexte qu'ont émergé des groupes d'échanges en vue de faire bouger les lignes de la politique des Instants Santé.

Les médecins des 7 groupes ainsi constitués exercent pour certains dans des Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP), pratiquent l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) MSA, travaillent dans les Centres Hospitaliers Locaux (CHL), sont concernés par les Contrats Locaux de Santé (CLS) et par le pacte territorial de santé. Enfin deux équipes seront dans l'expérimentation ARS des territoires de santé numériques (TSN) et certains sont des syndicalistes actifs en commission paritaire régionale ou à l'URPS. Le temps qui passe a fait que nous nous sommes limités à 7 groupes répartis sur les 4 départements lorrains, des groupes successifs renforcent la production et permettent de structurer les idées. Un autre élément a été pris en compte, c'est la périodicité quinquennale et l'organisation territoriale de la pratique des Instants Santé, ceci afin de recueillir des témoignages de professionnels ayant des récits différents sur une pratique qui pouvait dater de 4 ans ou plus, ou être contemporaine.

4. Description des 7 focus groups.

a. Premier groupe.

Il a réuni 6 médecins des 3 cantons de l'extrême Est de la Meurthe et Moselle, Cirey sur Vezouze, Badonvillers et Blâmont ; une zone rurale à 3 facettes : une rurale agricole, avec une laiterie et de nombreuses exploitations ; une rurale ouvrière frappée par le chômage et la précarité ; une rurale forestière (le grand massif du Donon). (Résumé du focus group en annexe L).

Dans ce territoire se situe un syndicat inter-hospitalier réunissant 3 ex hôpitaux locaux (3 H Santé) où les médecins généralistes exercent. Deux maisons de santé pluridisciplinaires sont installées dans deux des trois cantons, les médecins du 3^{ème} canton exerçant dans deux cabinets de groupe ; un groupe de formation continue se réunit une fois par mois ; à cette occasion, un expert (spécialiste en général) est invité à venir présenter un sujet choisi en commun.

C'est grâce à l'animateur du groupe de Formation Médicale Continue (FMC) que le focus group a été organisé dans les locaux de l'Hôpital de Cirey.

Les échanges se sont déroulés sur un peu plus de deux heures de 20h à 23h, un repas froid a été pris à l'occasion dans le même espace, mis à disposition par l'hôpital. 6 médecins généralistes dont deux femmes ont participé, ainsi qu'un interne.

La rencontre a eu lieu le 3 octobre 2013, en amont d'une campagne Instants Santé qui s'est déroulée dans les suites sur les 3 cantons.

La mémoire des médecins était sollicitée car la campagne précédente remontait à 2008.

A noter que ce territoire est concerné par l'axe 9 du pacte territorial de santé de Marisol TOURAINE, l'éloignement de plus de 30 mn des structures d'urgence (SMUR de Lunéville).

Dans ce cadre, la MSA y propose une action mixte d'éducation populationnelle et de secourisme qui s'appelle Education à porter soins et secours ou Education santé Famille (EPSS ou ESF).

Cette action comporte un tronc commun de 4 modules :

- santé famille au quotidien,
- traumatisme et agressions extérieures,
- urgences et structure d'exception,

Et des modules spécifiques :

- puériculture et pédiatrie,
- agir en tant que jeune (adolescent),
- gérontologie et personnes âgées.

b. Deuxième groupe.

Il a rassemblé, à Saint Mihiel, dans le cabinet médical d'un médecin généraliste, quatre praticiens de Vigneulles les Hattonchatel (2), Commercy (1) et Saint Mihiel (1), 3 hommes, une femme. (Résumé du focus group en annexe M).

Ce cabinet médical est situé dans un bâtiment assez vaste qui accueille de nombreuses autres catégories de professionnels (dentiste, kinésithérapeute, infirmiers et podologue).

Nous avons profité d'une salle de réunion à l'étage, un traiteur ayant apporté des plateaux repas.

La MSA a des liens avec la Maison de Santé Pluridisciplinaire de Vigneulles les Hattonchatel, ayant accompagné son projet. Les professionnels mettent en œuvre le programme d'Education thérapeutique MSA portant sur le risque cardiovasculaire dans le cadre des nouveaux modes de rémunérations.

Un des deux praticiens de Vigneulles est membre actif de la FEMALOR (fédération des maisons et pôles de santé de Lorraine) et de la FFMP (fédération française des maisons et pôles de santé).

La réunion a été facilitée par un des 4 praticiens, qui participe à l'enseignement de la médecine générale à la faculté.

Les 4 praticiens constituent le noyau dur d'un futur groupe de pairs.

Le territoire est rural, comme le département de la Meuse, deux petits établissements de santé sont sur le secteur (Commercy et Saint Mihiel). Une grosse laiterie coopérative (salariés agricoles assurés par la MSA) est située sur le canton de Vigneulles, ainsi qu'une maison familiale rurale.

c. Troisième groupe.

Le 3^{ème} focus group s'est déroulé au sein de la Maison de Santé Pluridisciplinaire de Vicherey, réunissant les 3 praticiens de la structure, dans l'espace temps 12h-14h, autour d'un café. (Résumé du focus group en annexe N).

La Maison de Santé Pluridisciplinaire a été accompagnée par la MSA lors de sa mise en place, elle fait suite à un très ancien cabinet de médecine de groupe initié par le premier professeur de médecine générale de la faculté de médecine de Nancy, J.P. VOILQUIN.

Dans cette structure exerce un des codirecteurs de ce travail, le Docteur Marie-France GERARD, généraliste, chargée d'enseignement au département universitaire de médecine générale.

Marie-France GERARD est également la Présidente de la Fédération Régionale des Maisons et Pôle de Santé (FEMALOR), adhérente à la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé.

C'est un terrain de stage pour les étudiants et les internes. La zone d'activité des praticiens est très rurale, située à cheval sur les 2 départements de Meurthe et Moselle et des Vosges, dans une communauté de communes bi-départementale.

Aucun des praticiens ne réside sur le secteur.

Les professionnels de santé (médecins et auxiliaires médicaux, dont une diététicienne) participent à la mise en œuvre de l'ETP (éducation thérapeutique du patient), dont le module MSA sur les risques vasculaires dans le cadre des nouveaux modes de rémunération. La MSA a proposé, en lien avec la Faculté de Bobigny (J.F. GAGNAYRE et D'IVERNOIS), le développement de l'ETP pluri-pathologique en phase expérimentale.

Les Instants Santé ont été réalisés sur cette zone sur les années 2010 pour la partie vosgienne, et 2011 pour la partie Meurthe et Mosellane. Il a donc été fait appel à la mémoire de 3 praticiens.

d. Quatrième groupe.

Le 4° focus group s'est tenu à Saint Maurice sur Moselle, et a rassemblé 7 médecins de la partie amont de la Vallée de la Moselle, qui s'étend du Sud Est de Remiremont : Dommartin-lès-Remiremont à Bussang (source de la Moselle). (Résumé du focus group en annexe O).

Les médecins sont organisés en un groupe de formation médicale continue, qui se réunit régulièrement, au moins une fois par mois.

La rencontre a été facilitée par deux des participants (le leader de la FMC locale, et un praticien qui a mené des travaux de thèse sur un sujet MSA portant sur les maisons de santé rurales et qui, actuellement, fréquente l'ARS régulièrement).

Les participants exercent en groupe ou au sein de deux maisons de santé pluridisciplinaires, dont une a été aidée par la MSA. Trois médecins exercent aussi au sein de deux centres hospitaliers locaux (Bussang et Le Thillot).

Le secteur de la Haute Moselle était concerné par les Instants Santé au printemps de 2013, et une série de bilans de rattrapage était organisée de manière contemporaine à l'entretien de groupe. Certains praticiens sont venus avec des dossiers de patients. Une interne a participé au débat.

Le pays de Remiremont est doté, depuis quelques années, d'un espace santé.

L'activité agricole est plutôt une activité d'élevage laitier ou une activité de la filière forestière (bûcheronnage, débardage, scierie). Il y a, sur le secteur en milieu de vallée, une maison familiale rurale d'éducation et d'orientation (filiale équine), qui se transforme, hors période scolaire, en centre de vacances AVMA (lien avec l'action sociale de la MSA).

e. Cinquième groupe.

Le 5° focus group a été organisé à Stenay, par les médecins du Nord de la Meuse, deux femmes exercent à Montmédy, en cabinet de groupe, deux hommes à Stenay seuls, un à Marville seul, un à Dun sur Meuse seul (2 femmes pour 4 hommes). Un des médecins était accompagné de son interne (fille). (Résumé du focus group en annexe P).

Le secteur est très éloigné de Verdun ou de Sedan, plus de 45 minutes, il fait partie des territoires situés à plus de 30 minutes des sites d'urgences (SMUR) et bénéficie des attentions de l'ARS dans le cadre de l'axe 9 du Pacte Territorial de Santé de Marisol TOURAINE. L'action EPSS (Education à Porter Soins et Secours) ou ESF (Education Santé Famille) y sera développée au titre de réponse populationnelle par la MSA.

Par ailleurs, les villes de Montmédy et Stenay sont engagées dans des contrats locaux de santé, la MSA y contribuera par ses actions collectives de prévention (Ateliers du Bien Vieillir, PEPS Eurêka, Ateliers Nutrition Santé Seniors ...). Dans ce territoire est également localisée une Maison Familiale Rurale à Stenay.

Les Instants Santé ont été réalisés en 2010 à Stenay, 2011 à Dun sur Meuse et 2012 à Montmédy.

La planification de la séance a nécessité un nombre important de communications téléphoniques, les médecins ne se réunissant pas régulièrement, en dehors des séances d'organisation de la permanence des soins, qui ne couvrira plus la nuit profonde dès 2014.

Les médecins de ce secteur ont surtout orienté leur travail vers les soins curatifs, ils ont moins d'affinités avec la prévention.

Les deux médecins de Montmédy (et leurs deux confrères non présents lors de la séance) sont en train de « construire » un projet de maison de santé pluridisciplinaire. Un médecin de Stenay est en recherche d'un ou une associé(e) pour assurer une présence médicale plus pérenne.

La séance s'est déroulée de manière conviviale autour d'un repas pris dans une salle isolée du restaurant de la ville, entre 20h30 et 23h00.

f. Sixième groupe.

Le 6° focus group a eu lieu à Metz, dans les locaux de la CSMF (Confédération des Syndicats Médicaux Français), rencontre facilitée et organisée par le Président de l'UNOF (Union Nationale des Omnipraticiens Français) Lorraine, également trésorier national de la CSMF et Président du Comité Paritaire Régional des Médecins de Lorraine pour 2014. Etaient présents six médecins syndiqués (dont un membre généraliste du CPR (Comité Paritaire Régional) Médecins, 2 élus URPS Médecins), exerçant plutôt en zones urbaines ou industrielles (post sidérurgiques), Hayange, Metz, Nord de la Meurthe et Moselle et Pont à Mousson, un de ces médecins généralistes exerce en secteur 2. (Résumé du focus group en annexe Q).

Cette séance avait pour objet d'animer un entretien avec des médecins ayant des opinions un peu différentes de ceux exerçant en maison de santé pluridisciplinaire dont la tendance est plus proche du syndicat MG France, et aussi avec des médecins exerçant en zone plus urbaine. Enfin, autre intérêt, un des médecins est un des leaders du développement de la messagerie Apicrypt.

Les échanges se sont déroulés autour d'un cocktail dînatoire amené par un traiteur dans la salle de réunion du Syndicat, entre 20h30 et 23h00.

Ces médecins ont peu de clientèle MSA, et en plus ont du faire appel à leur mémoire, les Instants Santé de leur secteur ayant eu lieu en 2009 et 2010.

g. Septième groupe.

Le 7^e focus group, réalisé à Bulgnéville a été l'occasion de voir six médecins de l'Ouest Vosgien, exerçant à Vittel, Châtenois et Bulgnéville. (Résumé du focus group en annexe R).

Trois d'entre eux exercent dans deux maisons de santé pluridisciplinaires (à Bulgnéville et Châtenois), deux en cabinet de groupe à Vittel, et un en cabinet isolé à Vittel.

La date a été calée sur le calendrier des réunions FMC du secteur tenu par un des médecins. De nombreux échanges téléphoniques ont permis d'explicitier le motif de l'échange et les modalités de la rencontre.

Bulgnéville est le centre où la proportion d'assurés MSA est la plus importante en région Lorraine, c'est lié à la présence du groupe laitier Ermitage employant plus de 600 salariés sur le secteur. Une maison familiale rurale est aussi installée sur cette commune, un des six médecins y a d'ailleurs développé les Instants Santé MSA pour l'ensemble des élèves (tous les régimes confondus), grâce au cofinancement des CPAM du secteur.

Parmi les professionnels de santé de la MSP de Bulgnéville, il y a une orthoptiste qui a, à sa disposition, un rétinographe non mydriatique, et qui travaille en relation avec les ophtalmologistes de Neufchâteau en télé-médecine (télé-expertise en temps différé des photos de fond d'œil des diabétiques).

L'entretien de groupe s'est déroulé dans un restaurant « routier » de Bulgnéville, pour ne pas trop s'excentrer du périmètre de la permanence des soins, du fait de la garde d'un des participants. Nous étions dans un « coin » isolé de la salle de restaurant et la séance s'est déroulée de 20h30 à 23h00.

h. Principes des focus groups.

Le modérateur des focus groupes a été l'auteur de la thèse avec pour motivation la production, l'orientation et la confirmation d'idées en utilisant la reformulation, la clarification et la synthèse.

Un observateur (médecin-conseil MSA) a assisté le modérateur lors de 6 séances, il a facilité les aspects relationnels, les aspects non verbaux et surtout, a contribué à la saisie des données à travers une prise de notes.

Lors de la 1^{ère} séance, une secrétaire, contribuant à la mise en œuvre des Instants Santé, a participé, elle a également pris des notes et explicité le déroulement des bilans.

La transcription des données : Tous les entretiens ont été enregistrés en mode audio, à l'aide d'un téléphone portable multi fonction, avec l'accord unanime des participants. Seul un des enregistrements, celui de la 1^{ère} séance, a été inutilisable pour des problèmes techniques. L'observateur et le modérateur ont pris des notes, une secrétaire a participé au premier entretien pour réassurance (cela a compensé l'absence d'enregistrement de la 1^{ère} séance). 7 résumés, des plus exhaustifs, ont été produits, un pour chaque séance. L'ensemble a été collecté dans un rapport descriptif et narratif.

Une analyse va tenter d'interpréter les données et permettra de faire quelques propositions d'amélioration des pratiques des bilans de santé à la MSA.

Les entretiens de groupe ont été **bénéfiques** et fructueux en matière d'échanges, d'apports d'expériences, de ressenti et de propositions, et le tout dans une ambiance très agréable. Les seuls inconvénients pourraient être liés à la dynamique des groupes, chaque participant ayant le questionnaire à sa disposition, il y a eu quelquefois des retours arrière et aussi des temps d'avance. Nous avons pu ressentir, au cours des échanges, les liens entre les médecins dans leur territoire, leur engagement au service de leur patientèle, et surtout, leur connaissance des milieux.

Au total : 7 groupes, 38 médecins et 3 internes ont participé à ces entretiens de groupe (9 femmes, 29 hommes pour les médecins ; 2 filles et 1 garçon pour les internes, 6 meurthe et mosellans, 10 meusiens, 6 mosellans et 16 vosgiens).

B. Synthèse et analyse des focus groups médecins généralistes.

1. Médecine générale et prévention.

a. Pratique préventive habituelle en médecine générale.

Le contenu de l'ensemble de ce chapitre « B » est le reflet des échanges.

1. Cibles.

Dans la patientèle, une distinction est faite en fonction du type de patients :

- les non consommateurs,
- les pathologies familiales,

- les patients connus réguliers, en particulier les chroniques,
- les peu connus.

Pour les non consommateurs et les peu connus, il faut les attraper au passage, surtout quand ils sont vierges de tout suivi et en profiter pour parler et agir dans le domaine de la prévention.

Pour les pathologies familiales, il faut marteler l'information à la famille, en particulier pour les pathologies du domaine héréditaire.

Pour les patients connus et à suivi régulier, essayer de porter une attention particulière à ce qui est hors du suivi systématique, ceci en fonction de l'espérance de vie bien sûr.

Dans la pratique de la médecine générale, la prévention se dilue dans l'ensemble de l'activité quotidienne, par rapport au flot des patients consultants.

La prévention doit être intégrée dans une consultation pour un autre motif, si ce motif ne nécessite pas une analyse, une expertise trop longue ; donc la pratique de la prévention dépend du temps et de la disponibilité du praticien.

Les modes d'exercices regroupés (cabinet de groupe, pôle, voire maison de santé pluridisciplinaire : MSP) offrent, par leur caractère pluridisciplinaire et pluri-professionnel, une possibilité de développer la prévention différemment : la complémentarité et la coopération entre les professionnels de santé permettant cela (médecin / podologue, médecin / diététicien, voire médecins entre eux en veille réciproque).

Pour certains, la prévention est difficile à pratiquer hors cadre institutionnel. L'organisation de la prévention dans la pratique est particulière, car il n'y a pas de valorisation spécifique ni de reconnaissance de ce versant de l'activité dans l'exercice de la médecine générale. Le préventif pouvant apparaître comme du curatif « sans soins », « sans prescription ».

Dans le cabinet, la tenue du dossier médical, en particulier dans sa forme informatique est un atout pour la prévention grâce aux nombreuses alertes possibles, davantage encore quand ce dossier est partagé avec d'autres professionnels.

L'affichage en salle d'attente et dans les couloirs, et en particulier les cycles d'affichage en fonction des saisons, de l'actualité ainsi que les dépliants et autres prospectus sont aussi un bon vecteur d'informations en matière préventive.

Les stratégies de prévention sont différentes selon les tranches d'âge ou les typologies de patients. Sont distingués : le bas âge (nourrissons et enfants), les jeunes (adolescents et jeunes adultes), les 40 ans, les chroniques et les personnes âgées, y compris résidents en EHPAD.

A ces catégories sont associés des réflexes préventifs spécifiques :

- Pour le bas âge : le sommeil, les vaccinations, les troubles du comportement et le développement psychomoteur.

- Pour les jeunes : les infections sexuellement transmissibles (IST), les addictions comme le tabac, l'alcool, le cannabis,... ainsi que les conduites à risques.
- Pour les personnes âgées en EHPAD : la dénutrition, les chutes, la iatrogénie.
- Pour les 40 ans : le check-up biologique.
- Pour les femmes : la grossesse et la ménopause, avec les traitements oestro-progestatifs puis hormonaux substitutifs et la prévention de l'ostéoporose.
- Pour les adultes « tout venant » : le risque cardio-vasculaire et les cancers sont recherchés.
- Pour les patients « chroniques », dont le suivi régulier est pratiqué selon les recommandations de bonnes pratiques par pathologie, une attention particulière doit être portée, en fonction de l'espérance de vie, à ce qui est hors du suivi systématique.

D'autres occasions se présentent au fil de l'activité pour développer la prévention : ce sont les certificats médicaux de non contre-indication aux activités physiques et sportives, les consultations pour petites plaies et la vaccination, mais aussi les consultations pour des motifs ne nécessitant pas une expertise importante et permettant de dégager du temps.

Les domaines de la santé abordés sont:

- Pour les nourrissons donc, le sommeil, le développement psychomoteur, les vaccinations, les troubles du comportement.
- Pour les jeunes : la vaccination, les IST, les addictions (tabac, alcool, cannabis).
- Pour les adultes : les facteurs de risque cardio-vasculaire, du syndrome métabolique au diabète, à l'hypertension artérielle, la surcharge pondérale, les cancers, ceux bénéficiant du dépistage (sein et colorectal), les autres (col de l'utérus et cancer bronchique), quelques cancers liés à l'exposition professionnelle à l'amiante...
- Pour les femmes : la grossesse, l'ostéoporose.
- Pour les hommes : beaucoup de questions sur la pratique du PSA.

Le Programme Régional de Santé et le Schéma Régional de Prévention servent de référence pour certains, en particulier pour le risque cardio-vasculaire, les cancers et les maladies respiratoires. Les techniques utilisées pour la prévention reposent sur : la clinique, mais surtout sur la biologie. Les généralistes s'appuyant beaucoup sur les campagnes de dépistages organisés en les relayant. Les examens de santé des régimes d'Assurance Maladie Obligatoire servent aussi de base d'appui à cette activité.

2. Tranches d'âge.

Tous les âges, avec pour chaque âge, une ou des spécificité(s). Il n'y a pas de tranche d'âge prédéfinie dans l'activité en clientèle, mais une action préventive qui touche tous les âges de l'enfance à la personne âgée, même en EHPAD, et une adaptation et des orientations en

fonction de l'âge. Sont souvent cités, les enfants, les ados et les jeunes, les personnes âgées même en EHPAD, la quarantaine et l'entre deux (entre les jeunes et les personnes âgées). La spécificité de genre est nette pour les femmes en particulier à deux périodes : pour la grossesse et la ménopause. Une attention portée à la famille est spécifiée assez souvent. Enfin, il existe un groupe sans âge : les chroniques.

Les domaines cibles sont très spécifiques de l'âge, avec pour exemple :

- les jeunes et les adolescents, avec les addictions et les conduites à risque.
- les personnes âgées en EHPAD, avec la dénutrition, les chutes et la iatrogénie.
- l'entre deux, avec les cancers et le risque cardio-vasculaire.

b. Bilans de prévention de l'assurance maladie obligatoire.

1. Assurance Maladie Obligatoire.

Il y a peu de patients dans une clientèle qui participent à ces bilans, tous régimes confondus, donc c'est peu fréquent dans la pratique des médecins généralistes. Ces bilans sont connus globalement, mais plus ou moins succinctement. Les médecins généralistes souhaitent que leur soit démontrée la productivité (efficacité) de ces bilans, car pour eux, trop peu de pathologies sont découvertes.

2. Régime général.

Le courrier de retour des bilans du régime général est bien connu, mais les médecins généralistes disposeraient de peu d'information sur la logique des bilans et sur la compréhension de qui est convoqué. La cible porterait sur les populations en situation de précarité (CMU, RSA...) et d'insertion, population peu « consommatrice ».

Les fidèles des Centres d'Examens de Santé y retournent régulièrement sur la base du volontariat mais seraient, quant à eux, plutôt mieux suivis, peut-être anxieux et en auraient le moins besoin.

Le contenu, quant à lui, est connu pour la biologie, adaptée à l'âge (un reproche : l'absence de dosage de TSH et d'hémoglobine glyquée) et les bilans auditifs et visuels. Il n'y a plus de radiographie pulmonaire.

Les lieux de réalisation des bilans sont connus : Vandœuvre-lès-Nancy, Metz, Epinal...

Les interventions du médecin généraliste sont seulement de deux types :

- l'enregistrement des bilans qui sont dans la normalité,
- les suites à donner pour certaines anomalies, ce qui est sujet à critique car très souvent, celles-ci sont connues des généralistes. Exemple : vaccination dite non à jour par le patient, alors qu'elle a été pratiquée au cabinet, le problème de l'analyse des troubles de la repolarisation à l'ECG, voire des anomalies biologiques connues (diabète en particulier).

Un médecin utilise le Centre d'Examens de Santé qui est proche de son cabinet pour débrouiller, dans un premier temps, certains dossiers complexes de patients en situation de précarité, plutôt que de les adresser à l'hôpital ou aux spécialistes.

3. Régime des indépendants (RSI).

Une information récente a été diffusée par courrier aux médecins concernant la nouvelle orientation que donne le RSI à ses bilans de médecine préventive, avec un ciblage en fonction des catégories de métiers (coiffeurs, garagistes, boulangers) et un regard porté sur les risques professionnels. Les médecins sont sensibles à cette idée de risque professionnel. La place accordée par le RSI aux médecins généralistes est ressentie comme assez proche de celle de la MSA dans le sens de la délégation de la pratique clinique. C'est cependant une activité qui sera peu fréquente dans une clientèle au vu de la proportion d'assurés RSI, un ou deux patients par médecin, ce qui fait craindre une consommation de temps importante pour s'approprier les pathologies spécifiques des métiers. Une remarque est faite à ce sujet sur la non maîtrise des risques professionnels par les médecins généralistes et à la limite de cet exercice par rapport aux champs de compétence de la médecine du travail. Comme c'est une activité qui débute seulement, certains se posent la question de la façon dont cela va se dérouler :

- présentation spontanée des assurés,
- convocation,
- et durée du bilan.

4. Régime agricole (MSA).

Bilan connu des médecins généralistes, avec ses 3 séquences : invitation, séances de prévention (auto-questionnaire médical, tests et biologie) et consultation chez le médecin généraliste. Très bien connus, car plus fréquents, dans les zones rurales du fait de la densité des assurés agricoles, par les médecins ruraux. Les médecins généralistes de Vicherey, Bulgnéville, Saint-Mihiel... par exemple connaissent très bien ces bilans. Moins fréquents, voire peu dans les zones urbaines (à l'exemple de Metz) ou les zones industrielles (Meurthe et Moselle Nord ou Moselle).

Il y a un gros intérêt porté à la délégation de la partie clinique et à la conclusion.

La fréquentation des assurés MSA est connue pour être faible, avec comme pour les autres régimes, le sentiment que ceux qui participent sont déjà suivis régulièrement.

Il est nécessaire de consacrer beaucoup de temps pour bien faire, pour tout faire, donc la consultation est très chronophage dans un emploi du temps souvent contraint.

Une remarque est faite fréquemment sur la lourdeur du questionnaire papier et des résultats biologiques. Ainsi, il y a une grosse demande de dématérialisation pour une

inclusion facile dans le dossier médical informatique des médecins traitants. Il faut prévoir un arrêt du papier, certains médecins ont testé la dématérialisation avec la saisie en ligne des conclusions de la consultation de prévention à l'aide d'un code d'accès Internet et en sont satisfaits.

L'auto questionnaire patient est très apprécié (à part la « nullité » de son graphisme et quelques anomalies de forme pour les questions liées au genre masculin ou féminin). Il permet d'approcher plus l'intimité des gens, qui avouent certaines « choses » qu'ils ne disent pas au médecin généraliste à l'occasion des consultations habituelles. Le canevas du questionnaire n'est pas mal fait, en particulier dans les domaines de l'alcool, du sommeil, de l'humeur et de la sexualité. Ces questions ne sont pas faciles, voire complexes pour le médecin généraliste, tant dans leur abord que dans leur prise en compte et peuvent mettre en difficulté, surtout quand il n'y a pas de réponse claire dans une prescription ou des examens complémentaires.

La phase biologique est considérée comme étant importante pour les patients, alors qu'elle est très souvent redondante pour les médecins généralistes dans leur activité, car déjà pratiquée. Les patients qui présentent une anomalie biologique non connue sont fréquemment rappelés par leur médecin traitant lorsqu'ils ne se présentent pas au cabinet.

Les tests fonctionnels et sensoriels sont intéressants et utiles pour les praticiens, surtout qu'ils ne sont pas ou peu équipés pour les réaliser et peu ou pas formés pour les réaliser et les interpréter.

Pour être encore plus complémentaire et coopérant avec l'exercice de la médecine en cabinet, une concertation MSA – médecin généraliste est nécessaire pour pouvoir couvrir l'essentiel de ce qui n'est pas connu et utile à la santé de chaque patient. Cette concertation pourrait être un préalable intéressant à la pratique de ces bilans. Ce d'autant que le coût par rapport à l'efficacité de cette médecine préventive MSA et de l'Assurance Maladie Obligatoire dans son ensemble, est jugé trop élevé par les généralistes, du fait de la plus ou moins grande utilité en matière de découverte de pathologies (seulement quelques diagnostics ou quelques orientations) dans les suites des Instants Santé. Enfin, cette concertation permettrait aussi une complémentarité avec la fiche (grille) de synthèse annuelle des facteurs de risque issue des logiciels métiers des dossiers médicaux des médecins généralistes. Cela pourrait conduire, enfin, à la systématisation de la consultation de prévention avec son inscription à la nomenclature.

c. Différence entre dépistages organisés et médecine préventive.

Dans les dépistages organisés, les médecins généralistes sont peu impliqués, sauf pour la relance des patients, mais ils y sont plus habitués, car c'est plus fréquent ; ils concernent

tous les assurés de tous les régimes. L'organisation est très cadrée, concernant une seule pathologie ciblée en fonction des tranches d'âge à risque ; l'intervention des médias (TV, journaux, radio, affiches...) en matière de communication est très importante. La logique est celle du test unique positif ou négatif, dans le domaine d'une pathologie que les professionnels de santé sont en capacité de traiter. Cela s'impose à tous, mais bien sûr n'est pas obligatoire (contrairement au test de Guthrie à la naissance ou à la recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) lors des transfusions) ; c'est une pathologie avec une action et un but.

Les Instants Santé de la MSA laissent aux assurés un degré de liberté pour orienter le bilan en fonction de leurs réponses à l'auto-questionnaire patient ; ces examens sont réalisés dans le cadre d'une approche globale, vaste et dispersée.

C'est plus délicat d'être global et diffus que monothématique ; c'est plus facile à réaliser si la consultation est dédiée uniquement à ce bilan préventif, ce qui est parfois difficile à faire comprendre aux assurés, mais si les gens sont volontaires, un rendez-vous est fixé ultérieurement pour un acte d'une demi-heure environ. Ça permet de voir des clients non vus depuis longtemps, c'est surtout très intéressant pour les non consommateurs, non réguliers et non clients et mieux encore, les populations défavorisées. Le fait que souvent, les Instants Santé sont fréquentés par des gens connus... fidèles... déjà soignés... renforce leur aspect redondant avec la pratique de la médecine générale et la croyance en leur non utilité par les gens. Ce dernier constat et l'approche globale décrite précédemment donnent une apparence compliquée à ces bilans et à ce qu'on en attend ; certains souhaiteraient quelque chose de plus « sympathique » qui permettrait une orientation dans la suite (à l'image du questionnaire en deux temps des assurances vie et des banques), peut-être orienté en fonction des pathologies spécifiques des assurés MSA. Cette logique : bonne fiche de synthèse – bonne orientation se rapproche de la fiche de synthèse de prévention des Dossiers Médicaux Informatisés. Enfin, un suivi dynamique de l'évolution des métiers au long de la vie professionnelle des assurés apparaît intéressant à certains, avec les limites vues pour l'orientation du RSI.

2. Consultation de prévention de la MSA.

a. Intégration des Instants Santé MSA dans la pratique des médecins généralistes.

C'est une question, une activité spécifique ; il faut lui faire correspondre une pratique spécifique. L'intérêt c'est le rendez-vous spécifique pour une consultation dédiée à ce seul bilan qui est chronophage et qui nécessite une bonne posture du médecin (posture préventive et non soignante) pour plus d'efficacité préventive. L'emploi du temps des médecins est contraint, la charge de travail importante, le respect du planning est souhaité, ceci fait que l'intégration de la médecine préventive dans l'activité, et surtout dans le flux des consultations, est délicate, gênante et perturbante. C'est donc d'autant moins facile

quand le patient ne prévient pas, n'annonce pas le motif lors de la prise de rendez-vous ; la MSA a un rôle explicatif pour ses assurés qui ne sont pas toujours conscients du contenu et de l'objectif de cet acte de prévention. De fait, le cumul de motifs de consultation est fréquent, c'est plutôt rare que les assurés ne viennent que pour cela, le plus souvent, ils attendent un autre motif de consultation ou viennent avec une question autre. Dans ce cas, il y a débordement ou parfois, quand cela est possible et réalisable, une prise de rendez-vous ultérieur ou une re-convocation.

La pratique de groupe, en pôle de santé ou en maison de santé pluri-professionnelle permettrait de dégager des matinées ou des demi-journées dédiées à la médecine préventive mais aussi de développer les tests et techniques d'exploration fonctionnelle. La planification de ces activités pourrait permettre la mise en place d'un programme annuel de prévention qui en accroîtrait l'efficacité. La dématérialisation est aussi facilitatrice pour l'intégration dans l'activité.

Voir des patients non vus depuis longtemps, non réguliers, non suivis, voire non consommateurs grâce à ces Instants Santé présente un réel intérêt. Ils peuvent ainsi réintégrer le système de soins.

L'auto questionnaire patient, par ses abords de certains points comme l'humeur, le sommeil, la sexualité, est complémentaire de l'activité clinique des praticiens.

b. Redondance avec la pratique des généralistes.

La population qui fréquente majoritairement les Instants Santé est une population déjà plutôt mieux suivie classiquement et ça apporte donc peu aux médecins généralistes et fait apparaître le bilan comme redondant, plus particulièrement dans sa partie biologique. Cependant, la systématique de la pratique obligeant à un balayage global de la santé de l'intéressé dans la suite des Instants Santé présente un grand intérêt, la rentabilité de la biologie systématique est, quant à elle, plutôt négative.

L'auto questionnaire patient est, lui, jugé intéressant, complet, les médecins généralistes ne pensant pas à poser certaines questions dans leur pratique courante, que les patients n'évoquent pas non plus en consultation ; c'est surtout les sujets portant sur le sommeil, l'humeur, la sexualité, la consommation d'alcool, dont l'utilité est fonction de l'honnêteté des patients. Cet auto-questionnaire permet en tous les cas de rebondir sur ces sujets. La mise à jour des vaccinations est également permise par ce questionnaire.

C'est surtout la biologie qui est redondante, essentiellement pour les retraités et les personnes âgées ; c'est moins vrai pour les bandelettes urinaires car les médecins ne le font pas et demandent peu, ou pas, de culot urinaire. C'est donc un complément utile à leur pratique.

Les tests et les explorations fonctionnelles (acuité auditive, acuité visuelle, tonus oculaire pour dépistage du glaucome, exploration fonctionnelle respiratoire...) amènent des éléments supplémentaires qui ne sont pas réalisés dans les cabinets faute d'équipement.

La biométrie et les mesures apportent peu, sauf quelque fois une HTA, mais pas fréquemment.

Pour améliorer l'efficacité de sa prévention, la MSA devrait organiser une coordination avec les médecins généralistes en amont, la redondance ne portant pas toujours sur les mêmes choses ; cela permettrait une bonne complémentarité tout en restant dans un cadre contenu. Cette coordination MSA – médecin généraliste permettrait peut-être un meilleur ciblage en fonction de la pathologie agricole ou de la fréquentation du système de soins, voir un bon ciblage des tests et explorations fonctionnelles.

Dans les secteurs très ruraux, les médecins généralistes qui y exercent remarquent que les bilans du régime agricole sont peut-être assez fréquemment un motif de consultation.

c. Acte dédié à la prévention ou acte cumulé avec un acte de soin.

Le mieux, c'est un acte dédié à la prévention ; si le client pense à préciser le motif de son rendez-vous, c'est idéal. Parfois, s'il se présente systématiquement, les médecins généralistes peuvent proposer un rendez-vous ultérieur pour bien explorer les résultats.

Dédié, c'est un moment de prévention « sympa » (sauf la biologie) avec les confidences du patient, qui permet de faire le point, même sans apprendre quelque chose ; on prend le temps qu'il faut. Il y a un réel intérêt à se poser pour cette activité, pour donner quelques conseils ; c'est un rendez-vous plus long.

Cependant, le plus souvent, c'est une activité cumulée, cumul qui est non souhaité, non souhaitable, mais quand les patients – clients se présentent, « on les garde de peur qu'ils ne reviennent pas plus tard ». Le cumul est difficile, surtout le cumul d'une consultation pour renouvellement et d'une consultation de prévention. Parfois le cumul est inverse : prévention mais aussi une question à l'occasion (« Au fait, j'y pense... »). C'est pourquoi souvent les médecins expliquent à leurs patients « qu'ils auraient du prévenir ».

Le cumul de cotation des actes C + C 1,5 n'est pas ou peu pratiqué, d'abord par méconnaissance et surtout par croyance que cette pratique de cumul n'est pas autorisée en général par les caisses.

Le véritable problème du cumul, c'est qu'il va à l'encontre de l'idée que la prévention est une activité spécifique, d'où l'importance de dissocier les deux.

Dans tous les cas, cet acte de prévention MSA semble moins déplaisant que celui du régime général car, au moins, le médecin généraliste a un rôle à jouer ; le fait d'être le dernier interlocuteur, de faire la synthèse est apprécié et important.

La démarche du régime général apparaît moins être dans la globalité, la synthèse n'étant pas le fait du médecin traitant.

d. Temps dédié à cet acte de prévention.

La durée de réalisation de cette consultation de prévention, quand elle est dédiée, est dans une fourchette de 15 ou 20 minutes à 30 minutes, si le rendez-vous est spécifique.

La durée dépendant également du type de patient : peu connu, peu suivi, suivi et bien connu. Parfois, si le patient est bien connu, cela peut ne durer que 10 à 15 minutes. Pour certains, la durée est la même qu'une consultation normale (20 min en ce cas), pour d'autres, c'est le double du temps d'un rendez-vous de médecine générale.

Le second paramètre de la durée est le temps de remplissage des formulaires papier... qui peut être long.

Si un rendez-vous spécifique avec le motif est pris, certains consacrent un temps de préparation à l'avance de cette consultation de prévention.

Si la situation est celle du cumul de motifs (prévention et autre chose), la durée passe de 20-25 minutes à 30 minutes, avec souvent, 10 minutes de retard sur le prochain rendez-vous.

Parfois, selon la charge de travail et le planning, une approche rapide est pratiquée mais dans une qualité dégradée, voire bâclée.

e. Rémunération.

Le niveau de rémunération à C 1,5 est estimé normal, honnête, bien rémunéré, pas mal. L'indexation à la lettre clé « consultation » est plutôt appréciée ; elle est préférée à la notion de paiement au forfait. La discussion pourrait porter sur la valeur du C... Pour certains, l'impression de service rendu peu ou pas important occasionne une gêne liée au non apport ressenti par le médecin généraliste. Pour d'autres, vu le temps passé, équivalent à deux actes cliniques de médecine générale, soit ½ heure, ce serait mieux 2C (« deux fois le prix »), qui correspondrait mieux à l'implication du médecin généraliste. Certains de ceux qui exercent en groupe (MSP et pôle en particulier) évoquent l'intérêt d'une matinée ou d'une demi-journée de prévention, qui arrêterait la logique de paiement à l'acte ou au forfait et qui renforcerait l'échange avec la MSA.

De manière globale, l'auto questionnaire patient représente un des avantages de cette consultation spécialisée, en permettant de rebondir sur certaines choses.

L'identification de l'acte à travers les papiers ne doit pas masquer la nécessaire simplification de la tâche.

Enfin, pour donner et renforcer la spécificité de l'activité des bilans de prévention, il semble important de ne pas la cumuler avec d'autres motifs.

3. Avantages et inconvénients des Instants Santé.

a. Apports des Instants Santé.

Les bilans de prévention peuvent apporter des informations nouvelles, quelques pathologies ignorées, plutôt rarement des diagnostics ignorés (diabète, tension artérielle) mais surtout des facteurs de risques, quelque fois le statut vaccinal et aussi des troubles sensoriels. C'est donc globalement plus un apport santé qu'un apport diagnostic. Il n'y a pas d'apport fondamental donc, pas de grosses découvertes (« pas beaucoup de loups »), même si ça

peut arriver, mais une utilité pour quelques informations nouvelles sur la santé du patient. C'est l'avantage de l'auto questionnaire patient en particulier qui apporte un certain type d'informations, et une meilleure perception des habitudes de vie, de l'hygiène de vie. C'est utile donc en matière d'addictions, tabac et alcool ; pour l'alcool avec la déclaration par le patient d'une consommation plus importante que lorsque le médecin pose la question (« Ah oui, quand même ! »), même si persiste quand même le risque de sous-estimation par peur et déni.

La majorité des médecins généralistes juge utile aussi l'apport sur d'autres thématiques (« ça me sert ce genre de truc ») comme le sommeil, l'isolement, les troubles de l'humeur (avec pour ce dernier point une appréhension de certains médecins généralistes pour leur surestimation à cause de la croyance des patients d'un lien entre la MSA et les employeurs...). Certains médecins cependant évoquent un possible risque d'introspection et prônent de laisser des marges de liberté aux patients.

Pour les adolescents, l'auto questionnaire est très utile au regard de questions que le médecin n'a pas l'habitude de leur poser. La venue de ces derniers sans les parents est un plus.

La fréquentation des Instants Santé MSA diminue probablement à cause du sentiment ou du ressenti des assurés de leur bon suivi par ailleurs. Le problème du volontariat à l'inscription de ces bilans fait qu'ils sont fréquentés surtout par des assurés scrupuleux, motivés et souvent bien suivis voire sur-soignés.

Pour certains des praticiens plus ruraux, c'est une occasion de consultation pour presque une moitié (« 50 % ») des participants aux Instants Santé. Parfois même, la femme entraîne son mari à la consultation dans une logique familiale. Restent toujours à la traîne les non consommateurs, non réguliers.

Un autre apport, un peu informel, réside dans les conditions de réalisation détendues de ces Instants Santé et la discussion instaurée autour de l'auto-questionnaire et des bilans biologiques et/ou fonctionnels. Ça peut présenter un intérêt pour le suivi prospectif sur l'année.

Enfin, un autre apport non négligeable serait le fait de pouvoir intégrer dans le Dossier Médical Informatique toutes ces données santé.

Un aparté est fait sur le lien entre les consultations d'aptitude à la pratique d'un sport et les consultations plus générales de prévention. Certains prescrivent des activités physiques (stretching) en plus de la promotion classique de l'activité physique au bénéfice de la santé.

b. Les apports spécifiques.

1. De la biométrie.

La biométrie est plutôt peu utile et semble peu apporter, en particulier chez les patients connus et suivis. La taille est mesurée très fréquemment chez les enfants, plus rarement chez les adultes, mais pour les 50 ans et plus et dans le cadre de la prévention de

l'ostéoporose, voire de son suivi, l'attention est de nouveau attirée vers le paramètre taille, avec pour certains, une mesure deux fois par an chez les personnes âgées. L'indice de masse corporelle est calculé, les logiciels métiers en permettent un calcul automatique. La tension artérielle prise par l'infirmière lors des bilans est un peu moins fiable que celle prise au cabinet dans de bonnes conditions. L'aide de la biométrie se limite aux patients non connus et peu suivis qui n'ont jamais été mesurés.

2. De la biologie.

Le bilan biologique est plutôt redondant avec la pratique des médecins généralistes / médecins traitants en particulier chez les patients bien suivis, réguliers et chez les chroniques. Cette notion de redondance est renforcée par le fait que ceux qui fréquentent les bilans de santé sont souvent très assidus des cabinets médicaux et ont déjà bénéficié de bilans, donc la biologie des bilans de santé est, pour eux, vraiment sans intérêt.

L'auto questionnaire patient ou la concertation en amont avec le médecin généraliste devrait permettre de connaître le statut de l'assuré (patients chroniques ou suivis réguliers) et donc de ne pas faire la biologie.

Reste une question sur la suppression de la biologie avec le risque que les patients ne viennent plus, en lien avec la croyance ou le ressenti au sujet de ces examens qui persiste dans l'esprit des patients (peut-être même des médecins et des caisses), un peu à l'image de la radio pulmonaire il y a deux décennies. (Ce serait l'effet « amulette » de la biologie avec la croyance en sa toute puissance en matière de prévention.)

Le bilan biologique apporte de manière certaine pour les jeunes, les non consommateurs et de manière moins nette pour les moins de 50 ans, populations pour lesquels c'est nettement moins prescrit.

La transmission des résultats biologiques doit se faire sous format informatique, pour le stockage dans les dossiers médicaux et les logiciels métiers ; ça pourra permettre une utilisation dynamique, sous forme de courbe par exemple. Le papier est plutôt inexploitable et surtout lourd d'usage...

3. Des explorations fonctionnelles.

Elles apportent beaucoup car ce n'est pas fait en pratique en médecine générale. « Surtout parce que ce sont des trucs qu'on ne fait pas en médecine générale ». Ce n'est donc pas redondant, et ce serait le plus intéressant pour certains, un des vrais plus des bilans de santé ; elles permettent des découvertes. Le suivi de l'audition par l'audiométrie est très rarement fait en médecine générale. Le suivi de l'acuité visuelle un peu plus, du fait de la faible démographie actuelle des ophtalmologistes et surtout des délais de consultations. Même si ceux qui ont une gêne auditive ou visuelle devraient en parler, peu le font vraiment auprès de leur généraliste. L'exploration fonctionnelle respiratoire apporte beaucoup, elle sert d'alerte pour les patients jeunes ; pour les fumeurs, c'est un argument supplémentaire

pour motiver à l'arrêt du tabac et pour les bronchiteux chroniques (BPCO), ça conforte un suivi correct.

La pratique de ces explorations fonctionnelles pendant les bilans de santé permet leur réintroduction dans le champ de l'activité de la médecine générale de manière positive. Avant, cela faisait partie de la pratique de quelques uns, quelques fois. Maintenant, le problème du temps de pratique des tests et du coût des appareils (mauvais taux d'utilisation) restreint leur pratique.

L'exercice collectif (Cabinet de groupe, Maison de Santé Pluridisciplinaire, Pôle) pourrait permettre le retour à l'utilisation de ces outils.

Autre question des médecins généralistes : comment faire avec les résultats ? Les praticiens ne sont pas forcément à l'aise avec l'interprétation de certaines explorations même l'exploration fonctionnelle respiratoire (à l'image du dépistage de la BPCO en Lorraine). Les médecins généralistes sont donc un peu démunis dans les suites pour l'envoi aux spécialistes ; un conseil est donc donné à la MSA d'aider à la gestion des suites à donner à ces résultats anormaux. Parmi les soucis des suites à donner, les difficultés à appareiller les troubles auditifs (technique d'abord, complexité des appareillages mais surtout coût élevé).

c. Actions de suite des Instants Santé.

1. Instauration d'un nouveau traitement.

La mise en place d'un nouveau traitement arrive, mais au global, elle semble peu fréquente, plutôt rare ; cliniquement c'est un nouveau diabète ou une hypertension artérielle... une prise en charge de troubles auditifs...C'est peu fréquent, mais certains médecins ont peu de patients MSA... Quelquefois les médecins traitants adressent les patients chez les spécialistes, plus fréquemment ils prescrivent un contrôle de la biologie ; cependant certaines explorations sont plus délicates : troubles de l'humeur, troubles du sommeil, troubles de sexualité.

2. Mise à jour des vaccinations.

La mise à jour des vaccinations des patients est assez fréquente à très fréquente après les bilans de santé, surtout pour les jeunes que l'on ne voit pas et ceux qui se pensent en bonne santé et ne fréquentent pas les cabinets de médecine générale. (Il est d'ailleurs fait la critique à la MSA de se limiter à la gratuité de la prise en charge du seul vaccin antitétanique, d'autres vaccins pouvant être intéressants). Il faudrait conseiller aux assurés de venir lors du bilan avec leur carnet de vaccinations. Selon certains praticiens, le nouveau calendrier vaccinal fera peut-être évoluer les choses. Cette pratique de la vaccination dans la suite des bilans de santé est à mettre en parallèle des alertes des logiciels du Dossier Médical Patient.

3. Bilan complémentaire et/ou consultation spécialisée.

Si les bilans permettent des « découvertes », dans les suites il faut bien adresser les patients en bilan complémentaire chez les spécialistes ; ce n'est pas fréquent, mais c'est fait quand il faut. C'est l'un des intérêts de cette démarche. Ça fait partie du tout. Les spécialistes les plus fréquemment sollicités sont, selon les médecins généralistes : les cardiologues, les ORL pour les troubles auditifs, les pneumologues pour des syndromes d'apnée obstructive du sommeil, mais aussi les chirurgiens dentistes. Les hématuries découvertes relancent l'intérêt du culot urinaire, elles ont entraîné des suites urologiques pour certains. Pour le versant ophtalmologique, les patients y vont plus spontanément par eux-mêmes.

d. Intérêts des Instants Santé pour les différents types de patients.

Un véritable intérêt pour les non consommateurs : intérêt en particulier de l'auto questionnaire, pour les questions de sommeil, de troubles de l'humeur, de la sexualité, d'incontinence urinaire à l'effort, même parfois les antécédents en particulier familiaux. C'est un possible point d'accroche, car ces « personnes » qui sont fuyantes du système et des médecins traitants en particulier ; cela les fait entrer dans le système de soins, une partie d'entre eux seraient des « froussards », ayant peur d'avoir quelque chose. Les non consommateurs sont les mêmes que ceux qui refusent les mammographies ou les hémocults des dépistages systématiques organisés. Une relance importante, soutenue et personnalisée doit être mise en œuvre, car l'impact est plus important chez eux que chez les chroniques (relance en fonction du nombre de consultations sur une période), il faut donc les capter avec même peut-être une incitation économique.

Pour les non réguliers, ça les ramène au cabinet, c'est intéressant et utile car ils ont un moins bon suivi ; sous l'impulsion des femmes et mères, certains enfants et certains maris viennent consulter.

Pour les chroniques, il y a peu de révélations. Les médecins généralistes oublient moins de choses car ils les voient souvent, ils échangent beaucoup. Cependant, le suivi est centré sur la « pathologie », les médecins ne se poseraient pas assez de questions sur les autres choses, sauf les vaccinations et les frottis. L'intérêt serait donc les oublis de suivi global, liés à la focalisation trop importante sur la pathologie et ses conséquences, d'où l'obligation de s'interroger sur le suivi de ces chroniques (logique des rappels des choses à faire, des « post-it » et des alertes). Le danger du suivi des chroniques pour le médecin traitant, c'est de devenir « un médecin d'organe ou de maladie » et de négliger l'approche globale (le reste) : Attention à la routine.

Il reste qu'il apparaît difficile de faire le tour de tout. Mais les bilans de médecine préventive qui pourraient apparaître « vexatoires » à certains médecins généralistes permettent de faire le point sur le reste et d'amener une ouverture d'esprit hors pathologie intéressante.

Une concertation préliminaire à la campagne de prévention permettrait d'échanger des informations pour certains patients pour plus de complémentarité.

L'implication des médecins généralistes est très importante car ils sont en première ligne à l'occasion de ces bilans ; certains rappellent même leurs patients non venus en consultation de prévention, suite à des résultats anormaux, en particulier des hypertensions artérielles.

La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) fera peut-être un peu changer, évoluer les choses... équilibre tensionnel ... dépistages ... vaccinations.

A noter que la suppression des certificats de non contre-indication à l'activité physique pourrait avoir un effet délétère en supprimant le coup d'œil sur les dos (scoliose), sur le cœur, la vue...

Les médecins généralistes se disent surpris par certains patients qui accepteraient à travers ces bilans certains examens un peu agressifs tout de même.

Le gros problème, c'est ceux qui ne viennent pas... ceux qui fréquentent les cabinets de médecine générale sont plus assidus.

e. Inconvénients des Instants Santé.

Il y a deux inconvénients majeurs : le temps et la redondance pour les médecins traitants ou généralistes.

- Le coût temporel des bilans de santé amène souvent un retard dans le planning des consultations et un allongement de la journée de travail d'autant que, parfois, les patients se présentent « comme un cheveu sur la soupe », et entraîne une gêne pour l'accueil des autres patients du fait du retard dans les consultations.
- Le problème du temps est à mettre en relation avec l'organisation du cabinet ; il faut dire aux secrétaires que les bilans de santé prennent plus de temps. Les retards sont imputables quand les rendez-vous ne sont pas pris avec le bon motif et dans un contexte de journée de consultations chargée.

Il n'y a pas d'inconvénient pour les adolescents qui sont ainsi reconnus, on s'intéresse à eux ; il faut bien informer les médecins généralistes de l'existence de l'auto-questionnaire adolescent électronique.

Il y a un problème pour les patients qui ne lisent pas ou n'écrivent pas le français ; il n'y a pas de traduction. D'autre part, il peut y avoir un souci de compréhension ou d'interprétation de certaines questions.

Enfin, un inconvénient : les patients anxieux... qui peuvent penser qu'ils vont avoir ou qu'ils ont une pathologie grave en fonction de leur réponse d'où une surmédicalisation...

Un autre inconvénient en tant que tel, c'est le volume de papier, d'où l'impérieuse nécessité de réfléchir à une dématérialisation à travers l'usage des messageries sécurisées.

Le fait que la MSA délègue la partie clinique présente un intérêt par rapport à l'inconvénient que peut représenter l'intervention d'un médecin de prévention, spécialisé dans cette pratique.

Au global, certains résument la situation ainsi : « c'est le job de soins primaires, c'est intéressant quand c'est bien fait, donc pas d'inconvénient globalement, en tant que tel. »

L'utilité de l'auto-questionnaire est encore soulevée et surtout l'intérêt pour les médecins généralistes de voir les non consommateurs.

Enfin, les praticiens doivent être vigilants afin de ne pas se démobiliser dans leur démarche préventive globale par rapport aux dépistages systématiques organisés des cancers du sein et colorectaux ni par rapport à la pratique trop orientée sur les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires.

4. Evolution souhaitable des Instants Santé.

a. Ajouts potentiels.

Ce n'est pas si évident de trouver les manques, c'est quand même un balayage relativement vaste.

Quelques points sont mis en discussion :

- dosage du PSA... mais chez les patients dysuriques ou à antécédents de cancer de la prostate.
- radiographie pulmonaire de temps en temps... chez les consommateurs de tabac, ...
- l'hémoglobine glyquée si le patient est diabétique.
- la ferritine.
- les bilans ophtalmologiques plus systématiques, de même pour les bilans dentaires.
- les sérologies VIH, VHC, surtout chez les jeunes.
- la TSH en fonction de l'indice de masse corporelle.
- les vaccinations autres que tétanos et grippe.
- le saturnisme en fonction de la géographie.
- les frottis chez les femmes en fonction du suivi.
- la densitométrie osseuse chez les femmes d'un certain âge à l'image de l'action de prévention initiée par le Régime Local Alsace Moselle (complémentaire obligatoire).
- les antécédents familiaux et les facteurs de risques familiaux.
- les conduites à risque relevées sur l'auto questionnaire patient.
- l'exploration des chutes chez les personnes âgées et la prévention de la dépendance mais il faudrait reculer la limite d'âge de 74 ans.
- le bilan diététique plus généralisé.
- l'exploration des troubles cognitifs plus systématique.
- proposer un suivi psychologique notamment dans le cadre de la prévention du suicide, un peu spécifique de la MSA.
- l'intégration du risque professionnel ; un peu d'explication sur les conséquences de l'exposition aux toxiques agricoles dont les produits phytosanitaires ; des explications sur la maladie de Parkinson à caractère professionnel pour les agriculteurs exposés aux pesticides, sa prévalence.
- des choses spécifiques du monde agricole et rural.

Au global, ce qui importerait le plus, c'est ce qui n'est pas fait en pratique de médecine générale courante.

Une explication sur les recommandations en prévention en fonction des tranches d'âge et du sexe avec le problème des recommandations préventives de la Haute Autorité de Santé est nécessaire.

Il faudrait une traduction des questionnaires pour les non francophones. Il faudrait fournir une liste des patients à chaque médecin traitant, en particulier les non venus et leurs réponses éventuelles.

Une concertation préalable MSA – médecin généraliste pour les chroniques permettrait de dynamiser la complémentarité.

Les médecins généralistes / médecins traitants portent sur l'auto-questionnaire patient et son intérêt un jugement favorable quant à son apport dans la pratique préventive.

b. Axes d'amélioration.

Ce bilan, globalement complet, est intéressant pour les assurés peu suivis, non consommateurs et non réguliers.

Les éléments non pertinents dépendent des individus et des classes d'âge :

- la biologie est souvent redondante, en particulier pour les patients chroniques et s'il a été pratiqué dans l'année, un autre bilan.
- la biométrie est également souvent redondante pour les patients suivis régulièrement.
- les antécédents médicaux sont aussi très souvent connus par les médecins généralistes - médecins traitants.

L'auto questionnaire patient, en particulier chez les adolescents est donc globalement intéressant et utile, en particulier pour la consommation d'alcool et de tabac, par contre, il contient des questions embarrassantes en particulier la suivante : « votre vie personnelle vous satisfait-elle ? ».

L'audiogramme, l'analyse d'urine et d'autres éléments sont également utiles.

La dépense économique jugée importante, « perdue » pour certains, pourrait être d'une plus grande utilité dans d'autres domaines. Un meilleur ciblage permettrait peut-être des économies, d'où la question : « Pourquoi deux modes de travail parallèles ? » Il vaudrait peut-être mieux adresser aux médecins généralistes une conduite à tenir par tranches d'âge (bon de consultation de l'Assurance Maladie) pour une mise à jour des vaccins et pour un bilan dont la biologie, dans un cadre contenu utilisant les critères de Santé Publique, avec l'aide de l'auto questionnaire.

Cependant, les médecins généralistes ne pouvant pas tout gérer, il est important qu'un tiers, extérieur, l'assureur maladie, propose aux patients de consulter pour ce bilan de prévention.

La non dématérialisation des envois est un désavantage qui ne permet pas d'intégrer les éléments des bilans dans le dossier médical du patient. L'intégration dans le dossier informatique des patients évitera de refaire, dans l'année, certaines choses.

c. Optimisation des Instants Santé.

1. Pour les médecins généralistes.

La concertation avec le médecin traitant est très importante.

Une proposition est faite de tout déléguer aux médecins généralistes ou par étape.

Un bilan chez le médecin généraliste puis un bilan à faire dans une structure (ou non) à partir d'un bon de prise en charge orienté et cadré, proposé par l'Assurance Maladie. Cela pourrait permettre la mise à jour du dossier patient et une prescription individualisée grâce à une orientation à partir des questions par le médecin traitant pour les inscrits. Le bon de prise en charge serait adressé aux médecins traitants ; ainsi ils demanderaient ce qui est le plus intéressant pour le patient. Cette pratique permettrait de bien différencier la consultation de prévention des autres consultations. A noter que l'historique de remboursements est peu utilisé par les médecins généralistes.

Inverser le parcours de prévention : passage d'abord chez le médecin généraliste, puis réalisation des tests « MSA », avec en particulier, tout ce qui est complémentaire de la médecine générale : acuité visuelle, acuité auditive, consultation spécialisée diététicien(ne), activité physique, profil ou bilan psychologique.

L'entretien psychologique est important : un médecin a déjà eu des patients ayant fait des tentatives de suicide et des suicides (2 pendus en un an) ; cependant, il n'a pas l'impression que le monde agricole soit plus dépressif que les autres ruraux. Peut-être que pour les agriculteurs, le mal est plus profond...

Les médecins généralistes devraient pouvoir tout faire ; c'est bien la logique des soins de 1^{er} recours.

Un acte intégré à la nomenclature est envisageable mais il reste le problème de la charge de travail et de la démographie médicale.

Pour les difficultés de ciblage et les biais de recrutement, la coopération avec le médecin traitant pourrait être utile, ce dernier connaissant le contexte (social, familial, professionnel). Il y a donc une grande utilité d'un travail en amont.

Pour les non répondants, les rappeler avec information du médecin traitant ou faire une lettre de relance avec double aux médecins traitants. Faire un retour vers les médecins traitants des non inscrits, non venus, non présentés et non consultants.

Il faudrait envoyer un « mot » aux patients en disant : « Votre médecin traitant va vous appeler pour votre consultation de prévention », donc donner sa liste de patients assurés MSA au médecin traitant.

Il y a une grande importance du ciblage : inviter les chroniques d'une autre manière, d'une autre façon, de même pour les consultants réguliers.

Utopie ou perspective... Une consultation par an dédiée à la prévention pour tous les patients de tous les régimes pour l'aptitude au sport... et qui servirait de bilan de prévention de l'Assurance Maladie.

2. Pour les locaux.

Il y a la possibilité d'une unité de lieu dans les Maisons de Santé Pluridisciplinaires ou Pôles de santé pour réaliser les examens de santé de médecine préventive. Cela contribuerait à la réhabilitation des espaces de soins en espace de santé, avec la possibilité de croiser les médecins généralistes pour les non consommateurs et aussi de rentrer dans la structure pour peut-être y retourner par la suite. Un affichage en salle d'attente permettrait de démystifier le tabou prévention ; affichage en amont des bilans de médecine préventive pour inciter à la participation lors des passages au cabinet médical.

Mettre les auto-questionnaires patients en salle d'attente, voire des auto-questionnaires de pré-consultation ; la cohabitation soins – prévention faciliterait le bon remplissage des auto-questionnaires en relation avec un professionnel de santé ou avec le médecin traitant.

Rentrer dans le soin aussi grâce aux travailleurs sociaux en les réintroduisant dans les MSP, de la même façon que la présence des médecins du travail dans certaines maisons de santé rurales.

Cependant, il y a un risque : que les non réguliers ne participent pas plus, même avec cette unicité de lieux.

3. Informatique / Médecin Traitant.

Il faudrait un mémo informatique ou une question en fonction de l'âge, du sexe, qui s'afficherait en ouvrant le dossier patient...

L'envoi dématérialisé des résultats, surtout de la biologie (Apicrypt), serait bénéfique.

4. Patients / Assureurs : logique assureur et risque santé.

Une prime de 15 euros par an par les Mutuelles (assureurs complémentaires) devrait être mise en place si une consultation de prévention est faite une fois par an. Le fait d'être assuré devrait « obliger » à faire une consultation de prévention (se faire prendre la tension avec plus ou moins un bilan biologique ; une manière plus ou moins autoritaire avec pénalité à la clé).

Il faudrait trouver un attrait pour le patient (à l'image des 50 € du bon d'achat en lien avec l'activité physique pour les jeunes).

d. Communication à employer pour améliorer la fréquentation des Instants Santé par les assurés MSA.

Informé et communiquer avec les médecins traitants en amont de la pratique des bilans de leurs patients dans leur secteur géographique.

Tendre à une concertation dans un objectif de complémentarité coopérative médecin généraliste – MSA, préparer le ciblage, voir les éléments à approfondir (peut-être rémunérer cette phase 0,5 C), en utilisant les listes de patients ayant déclaré leur médecin traitant.

Revoir certaines populations avec le médecin traitant qui pourra éclairer sur le « pourquoi certains n'ont pas répondu, pas adhéré à la démarche » grâce à la connaissance du contexte. Appel, voire rappel téléphonique par le médecin traitant (communication téléphonique vers l'assuré par le secrétariat).

L'organisation de vacations de médecine préventive par les médecins eux mêmes pourrait faciliter la communication, voire la mise à disposition de matériel d'exploration avec un planning (permettant en plus un meilleur taux d'utilisation et une meilleure rentabilité).

Mettre de l'information dans les salles d'attente, avec un affichage qui a ses limites (taille A3 maximum, ça surcharge et surtout ne touche pas les non consommateurs et les non répondants).

Il y a un intérêt de la place des travailleurs sociaux dans les MSP pour contribuer au retour de certaines populations dans le système de soins (à l'image des chèques alimentaires en lien avec la promotion de la santé).

Pour les non consommateurs, non réguliers, l'intérêt de la pratique en MSP pourrait aider à renouer avec le système de soins.

Dans les Espaces Santé, Pôle de Santé ou Maisons de Santé facilitant leur implication, l'association des patients à l'animation des Instants Santé (animation par les pairs) pourrait entraîner une meilleure adhésion : « les patients parlent aux patients ».

L'accès direct à certains spécialistes (ophtalmologiste, psychiatre,...) pourrait perturber la fréquentation des examens de santé.

La pratique des bilans à des âges clés, âge fixe par décennies serait intéressante ainsi qu'un bilan de dépendance au-delà de 74 ans, avec un argument par classe d'âge, par décennie, qui incite, invite à venir.

Il faudrait utiliser des slogans accrocheurs :

« Vous devez aller faire le point sur votre santé régulièrement. »

Une logique parallèle à la révision automobile a été proposée par un médecin lors d'un focus group :

« Vous avez fait la révision de votre automobile, avez-vous pensé à votre bilan de médecine préventive ? »

Sensibiliser par les jeunes et les enfants pour inciter les parents, voire faire des campagnes du même type que la prévention routière.

Utiliser la publicité et les médias (dont la télévision).

Relancer, marteler l'information pour les non consommateurs.

Utiliser les canaux SMS pourrait être envisagé vers les patients (si leurs coordonnées sont connues, voire avec les médecins).

Pour les adolescents, l'auto-questionnaire pourrait être pratiqué en même temps que la délivrance du certificat de non contre-indication à l'activité physique.

Un autre argument de communication : axer comme les dépistages sur les cibles du domaine de la santé, les examens de santé n'étant pas accrocheurs car trop globaux. Prévention et dépistages auront plus de poids, plus d'intérêt en fonction des peurs induites chez les patients.

Pour les assurés, faire le lien avec leurs obligations envers l'Assureur Maladie Obligatoire..., celui-ci pouvant accorder une prime, une baisse de cotisation... trouver une activité qui peut attirer en même temps que les bilans... voire organiser une tombola...

C. Discussion concernant les focus groups MSA Lorraine.

1. Médecine générale et prévention.

a. Pratique préventive habituelle en médecine générale.

La médecine générale est une activité variée, et diversifiée. Elle correspond particulièrement bien à la logique des soins primaires, intégrant de ce fait la prévention.

En France a été définie, en 2004, dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie, l'offre de soins de 1^{er} recours. Elle comprend en particulier : la prévention, le dépistage et l'éducation pour la santé. La médecine générale, point de départ du parcours de soins, concourt à cette offre de soins de premier recours avec d'autres professionnels de santé cités à l'article L 162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale (infirmiers, kinésithérapeutes,...). La prévention est donc implicitement intégrée dans cette approche organisationnelle, mais les conventions successives (2005 et 2011) n'ont pas intégré sa valorisation à travers un acte ou une rémunération forfaitaire, ce qui rend complexe sa reconnaissance, tant pour les patients que pour les praticiens. Les actions de prévention sont donc diluées dans l'activité quotidienne des médecins généralistes - traitants, dans le flux des consultations ; elles ne sont pas spécifiques, au contraire des actes de soins du domaine curatif.

Des échanges avec les médecins généralistes, il ressort que les cibles de la prévention dans la pratique varient en fonction :

- des types de patients (non consommateurs, réguliers et chroniques),
- des possibilités d'intégration dans un acte (acte clinique court ou long ; démarche diagnostique complexe ou simple...),
- de l'organisation du cabinet (dossier médical informatique ou pas, logiciel métier maîtrisé ou non ; des possibilités de la salle d'attente : affichage, prospectus),
- des tranches d'âge (du nourrisson aux personnes âgées en EHPAD), avec des étapes de prévention dans la longue trajectoire de santé des patients,

- des domaines de santé (vaccination, certificat de non contre indication au sport, addiction, facteurs de risques, voire tentative de recherches de diagnostic précoce).

Les techniques utilisées reposent sur la clinique, mais surtout sur la biologie. Sont peu évoqués les auto-questionnaires, les tests, les explorations fonctionnelles qu'apportent les bilans de santé de l'assurance maladie obligatoire. Ne sont pas expliqués : la place de l'éducation, de l'information en santé, de l'évaluation de la qualité de vie.

Le mode d'exercice isolé, en groupe, voire en coopération pluri-professionnelle (maison de santé pluridisciplinaire ou pôle de santé) permet de développer la prévention différemment, facilitant la complémentarité et la coopération ou non avec d'autres professionnels (médecins entre eux, médecins et auxiliaires médicaux : infirmiers diplômés d'Etat, diététiciens, podologues, à noter que ne sont jamais cités en première intention les kinésithérapeutes, les orthoptistes et orthophonistes, et sont cités à la fin des échanges, les psychologues lorsqu'est abordé le suicide des agriculteurs et le stress).

Le Programme Régional de Santé de l'ARS de Lorraine et le schéma de prévention ne sont pas évoqués très souvent, mais lorsque les médecins en parlent, ils font le lien avec leur pratique assez aisément (risque cardiovasculaire, cancer, risque respiratoire ...).

La rémunération sur objectif de santé publique de la dernière convention médicale (juillet 2011) est peu évoquée par les praticiens, alors qu'elle permet de suivre un certain nombre d'indicateurs de prévention :

- la vaccination antigrippe pour les plus de 65 ans et les ALD ciblées,
- le dépistage des cancers du sein et des cancers du col (objectif non atteint),
- des prescriptions de vasodilatateurs (objectif atteint), de benzodiazépines (objectif non atteint), d'antibiothérapie (objectif non atteint).

Et aussi des indicateurs de suivi des patients chroniques :

- HbA1c, suivi ophtalmologique des diabétiques et statines chez les diabétiques à haut risque vasculaire (objectif non atteint), diabétiques à haut risque visuel sous statines, et aspirines à faible dose (objectif intermédiaire atteint).

Les indicateurs d'efficacité concernent moins le champ de la prévention quoique ...

Enfin, la Stratégie Nationale de Santé (SNS) (33), qui entre seulement dans sa phase débat en région, n'est pas évoquée du tout par les médecins. Son pilier 1 qui a vocation à doter la politique de santé d'objectifs cibles de santé publique, place le médecin traitant comme pivot de la politique de prévention (rémunération pour prévention et coordination des parcours et objectifs de santé publique), politique de prévention globale dès le plus jeune âge et tout au long de la vie (dépistage de déficience visuelle, cancer, vaccination, éducation à la santé des jeunes, mise en cohérence des actions de prévention tout au long de la vie, éducation thérapeutique, les ARS ayant un rôle de pilotage important). Cette stratégie nationale de santé redonne sa place à la prévention et va conforter le rôle des médecins généralistes.

Une prévention globale et tout au long de la vie, avec des spécificités pour chaque tranche d'âge et pour chaque genre, qui pourrait être vue comme des étapes de prévention dans un parcours préventif qui jalonne la trajectoire de santé de chacun, avec des étapes importantes (16 ans, 1^{ère} carte Vitale, 1^{er} choix du médecin traitant, et âge clé de l'adolescence par exemple, mais aussi à l'autre extrémité de la vie, 75 ans, le temps de la préservation de l'autonomie pour un bon accompagnement de l'avancée en âge).

b. Les bilans de prévention de l'assurance maladie obligatoire.

3 grands régimes :

- Le Régime Général et ses centres d'examens de santé, dont le Centre de Médecine Préventive de Vandœuvre-lès-Nancy.
- Le RSI.
- La MSA.

Trois logiques distinctes connues des praticiens de manière plutôt générale et pas complètement comprises et intégrées. Dans l'ensemble d'une patientèle d'un médecin, le nombre de participants à ces bilans est peu important ; les actes que le praticien effectue dans ce cadre étant noyés dans l'ensemble de l'activité curative sont perçus comme étant peu fréquents. Ceci fait que la perception et le ressenti des médecins généralistes sont peu précis.

1. Régime général.

Le Régime Général, pour notre région Lorraine le centre d'examen de santé de la CPAM de Metz et le centre de médecine préventive de Vandœuvre-lès-Nancy avec ses antennes lorraines de Sarrebourg, Saint-Dié, Epinal, Longwy et Verdun, assure les bilans de santé encore appelés examens périodiques de santé (EPS).

Les interventions du médecin généraliste sont de deux types :

- La réception et l'enregistrement des bilans pour ceux n'ayant pas de suite curative directe.
- Les suites à donner pour certaines anomalies repérées lors du bilan.

Une interview des dirigeants du CMP de Vandœuvre-lès-Nancy permet de clarifier la logique du Régime Général. Chaque centre a un « seuil » d'activité déterminé par la CNAMTS, celui du CMP est de 25 000 bilans. La cible principale est la précarité et ses conséquences sur la santé. Le score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé) est utilisé ; il prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité ; un score supérieur à 30 est considéré comme significatif (score établi à partir de 11 questions discriminantes dans un questionnaire en comportant 42). Les personnes venant au centre sont invitées dans un cadre collectif grâce à des partenariats locaux avec des associations d'insertion ou les missions locales, ou alors font l'objet d'un contact individuel

[travailleurs à faibles revenus, CMU, CMU-C, bénéficiaire de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS)...].

Le bilan (Examen Périodique de Santé) se fait en un temps sur une durée de 2 à 3 heures maximum, jamais l'après-midi (à cause de la nécessité d'être à jeun pour la biologie). Les personnes bénéficient dans un premier temps d'un accompagnement administratif pour leurs droits et leur statut au regard du médecin traitant, avec les rebonds qu'il faudra assurer dans les suites. Ensuite, une batterie biologique est effectuée (sur recommandation du CETAF) : glycémie à jeun, fonction rénale et hépatique, bilan lipidique, NFS, sérologies (HIV, VHB, VHC), des compléments sont effectués en fonction des facteurs de risque :

- Hémoglobine glyquée si diabète,
- HIV, Hépatite B dont anticorps,
- Thyroïde,
- Ferritine...

La biométrie avec mesure du poids, de la taille et de la tension artérielle.

Pour les tests et explorations fonctionnelles :

- Les ECG, pas avant 30 ans, et en fonction des risques,
- La spirométrie pour les fumeurs, en fonction des symptômes et des antécédents,
- L'audiométrie lors du premier bilan et pour les plus de 40 ans,
- Le bilan visuel en fonction du suivi ophtalmologique,
- Une consultation dentaire en fonction du suivi.

En 2014, le coût d'un examen périodique de santé du régime général est de 260 €. Enfin, le CMP de Vandœuvre-lès-Nancy étant centre de vaccination, une mise à jour du statut vaccinal est réalisée.

Un retour des résultats est effectué, comme évoqué plus haut, vers le médecin traitant ; il apparaît utile en particulier du fait des situations de précarité. Un état sanitaire de la population des consultants est également adressé aux CPAM. Le Régime Général s'appuie donc sur des centres experts, dans le cadre d'une approche institutionnalisée de la prévention. Il n'y a pas de délégation vers les médecins généralistes, seulement une information et une demande de suivi en fonction des situations cliniques, les médecins généralistes se sentant plutôt passifs dans cette démarche.

Le RSI et la MSA optent pour une délégation clinique vers le médecin traitant, mais selon deux approches distinctes liées à l'organisation et aux compétences de ces régimes de protection sociale.

2. RSI.

Le RSI s'est centré sur le risque professionnel, la MSA ayant une approche plus globale, le risque professionnel étant pris en compte par ses services de Santé au Travail (médecine du

travail et prévention des risques professionnels pour les salariés de l'agriculture, et prévention des risques professionnels pour les exploitants depuis 2002).

Le RSI incite ses assurés, en fonction de leur métier, à se rendre chez leur médecin généraliste traitant après avoir rempli un auto-questionnaire portant sur les risques professionnels selon les activités et en prenant la précaution d'appeler pour que l'acte soit effectué lors d'un rendez-vous spécifiquement dédié.

L'assuré se présente donc chez son médecin, muni de son questionnaire et de sa prise en charge ; ce dernier retourne le bon de prise en charge avec la date de réalisation de l'acte, dans une enveloppe T, et surtout ses constats pour alimenter une statistique de risques professionnels.

A ce jour en Lorraine et pour 2013, le retour dépend des professions et aussi du genre majoritaire par profession :

- Les gérants de pressing : 12,6 %, majoritairement des femmes.
- Les coiffeurs : 12,8 %, également des femmes.
- Les taxis : 10 %, plus fréquemment des hommes.
- Les garagistes, répartis en deux catégories : les carrossiers 7,6 % (surtout des hommes bien sûr) et les commerciaux (ventes de véhicules) : 5 %.
- Pour les boulangers, il est trop tôt pour faire le premier point (chez eux, il faudra aussi penser caries, en plus des eczéma et asthme...).

Les médecins généralistes se posent quelques questions car cette orientation du RSI est récente (quelle fréquentation des artisans, durée du bilan,...) et surtout, du fait de leur non maîtrise des risques professionnels, ils font la remarque d'ailleurs des limites de cette activité par rapport aux champs de compétences de la médecine du travail. Cependant, ils sont très intéressés à connaître les pathologies professionnelles spécifiques des métiers.

3. MSA.

La dénomination « Instants Santé » n'est pas vulgarisée chez les médecins, mais ces bilans MSA sont bien connus, en particulier les auto-questionnaires et certains tests. Ils sont bien sûr mieux connus des médecins ruraux à clientèle MSA plus importante.

Les médecins sont très satisfaits de la délégation qui leur est faite de la partie clinique et de la synthèse de ces bilans. La lourdeur de la « paperasse », la durée des contacts avec les patients dans ce cadre et la redondance biologique sont les aspects négatifs ressentis et dénoncés par les praticiens. Sont par contre très appréciés l'auto-questionnaire, les tests et les explorations fonctionnelles jugés très complémentaires de la pratique classique. La fréquentation est perçue et connue pour être faible, avec les quelques nuances entre d'une part les vrais ruraux qui sont les non salariés agricoles qui participent plus que les salariés qui sont comparables aux urbains et aux assurés du régime général, et d'autre part entre les

genres, les femmes participant plus que les hommes, et enfin les territoires. Ces nuances doivent faire l'objet d'explication en retour vers les professionnels. La différence de comportement des jeunes entre les enfants d'exploitants (plus participatifs) et ceux des salariés est à noter, sachant que les 16 ans mériteraient un abord spécifique (1^{ère} consultation chez le médecin traitant de leur choix).

L'estimation du coût de ces bilans par rapport à leur efficacité est plutôt mal perçue par les médecins, sachant que leur évaluation ne porte que sur l'apport en matière de pathologies découvertes et que n'est pas pris en considération celui concernant la santé ressentie par les patients ni leur intérêt en matière d'éducation et information en santé. En 2012, le coût total des Instants Santé de la MSA était de 10 799 751€, il y a eu 44 570 examens complets avec visite chez le médecin généraliste, ce qui donne un coût moyen de 242,31€ par bilan de prévention. (En pratique, une invitation revient à 30€, un examen pré médical 52€ et la consultation chez le médecin généraliste 34,50€, soit 116,50€ un bilan.)

La CCMSA a commandé une étude, au cabinet AVISO CONSEIL de Lyon, auprès de médecins généralistes ruraux sur leur perception de la MSA et leurs attentes en matière de partenariat (34). Pour les Instants Santé, il ressort que si le dispositif est connu, sa dénomination ne l'est pas et que la démarche ne fait pas l'unanimité, même si elle est perçue comme intéressante pour sensibiliser les patients sur des sujets de santé non encore abordés avec eux et pour rencontrer ceux qui viennent rarement en consultation. Cependant, l'organisation actuelle entraîne le scepticisme d'un grand nombre sur le dispositif (pérennité des bilans au vu de leur fréquence ; non ciblage des patients et crainte sur l'efficacité par le risque de ne rencontrer que les plus consommateurs de soins). D'où la nécessité de prévoir une concertation préalable entre la MSA et le médecin traitant afin d'éviter les doublons. La deuxième source d'interrogation porte sur les suivis post bilans, du fait des patients qui ne donnent pas suite à la 1^{ère} partie du bilan et qui ne sont pas assez stimulés pour le faire et pour les patientèles spécifiques à risques, qui nécessiteraient un suivi étroit (risque phytosanitaire par exemple).

Le cadeau stimuli de 50 euros, ciblant un investissement orienté vers les activités physiques, proposé aux jeunes, pose un problème à certains, le principe ne faisant pas l'unanimité et pouvant choquer, doit être explicité.

La dématérialisation fait l'objet d'une demande avec la réserve d'un usage simplifié, convivial, compatible avec les outils métier et avec un accompagnement voire une formation à l'utilisation.

c. Différence entre dépistage organisés et médecine préventive.

Les campagnes de Dépistages Systématiques Organisés des cancers (sein et colo rectal) sont mises en œuvre par des structures de gestion à dimension régionale ou départementale (c'est le cas en Lorraine : ADECA 54, AVODECA 88). Les médecins ne sont que très peu impliqués, sauf pour les relances. C'est d'ailleurs un des indicateurs de la ROSP (Convention de juillet 2011). Leur mission est donc cadrée et ils ne sont concernés que pour la part éducative, incitative, explicative... mais pour le reste, cela ne relève pas de leur pratique classique. Ils connaissent bien tout le contexte et toute l'importance de ce dépistage. Ils y voient un avantage, c'est celui du ciblage sur une pathologie et sur une population bien déterminée.

La médecine préventive des caisses (MSA en particulier) sort de ce cadre monothématique et relève d'une approche beaucoup plus globale, beaucoup plus « généraliste », concernant bien tous les aspects de la santé (le trépied physique, psychique et social) et en particulier des aspects plutôt non habituels pour les praticiens (bien être moral, humeur, troubles de la sexualité), les réponses ne relevant pas toujours d'une prescription médicamenteuse, d'examens complémentaires ou d'avis spécialisé, mais d'un dialogue plus complexe qui va forcément être plus long qu'une consultation classique. Enfin, une approche du risque professionnel ou des pathologies spécifiques des populations (dont la population agricole : les phytosanitaires, la prévention du suicide, l'isolement) apparaît intéressante aux praticiens, à l'image de ce que tente de mettre en place le RSI, mais avec les limites et les frontières de compétences avec la médecine du travail.

L'audit CCMSA fait d'ailleurs apparaître un déficit de connaissance de l'existence de ce secteur d'activité et surtout des praticiens de Santé Sécurité au Travail au sein des caisses de MSA.

2. Consultation de prévention de la MSA.

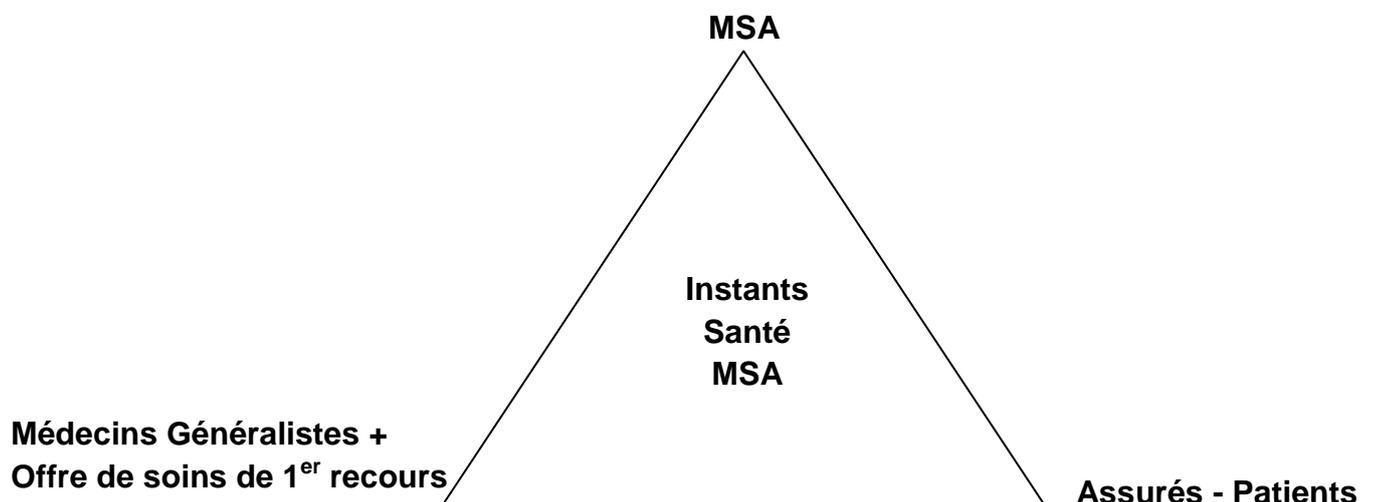
a. Intégration des Instants Santé MSA dans la pratique des médecins généralistes.

L'emploi du temps des médecins généralistes est contraint, leur charge de travail est importante, le respect du planning est souhaitable. L'organisation des cabinets tend de plus en plus à une pratique sur rendez-vous. L'activité de médecine préventive ayant un caractère spécifique, et également un financement différent des actes de la nomenclature, il apparaît opportun de bien la séparer du reste de l'activité. Enfin, pour préserver une bonne posture préventive du médecin, il faut clairement la différencier du versant curatif habituel. Tout ceci concourt à une pratique dédiée sur rendez-vous, d'où l'intérêt de prévenir le secrétariat de la durée plus longue à y consacrer et aussi et surtout faire savoir aux assurés qu'ils doivent prévenir du motif « préventif » de leur demande de rendez-vous. D'où la nécessité d'informer les assurés et aussi les médecins du déroulement des campagnes des

Instant Santé. Les professionnels installés en Maisons de Santé Pluridisciplinaires, voire exerçant dans le cadre de Pôles de Santé, vont même jusqu'à proposer des ½ journées dédiées à la prévention.

b. Redondance avec la pratique des généralistes.

La MSA, régime de protection sociale à fort ancrage professionnel, organisme professionnel agricole, au service de ses assurés adeptes d'une approche territoriale de proximité, à tendance rurale, privilégie la prévention dans un fort esprit de partenariat avec les professionnels de santé de premier recours. C'est dans cet esprit que les Instant Santé doivent répondre aux besoins de santé des assurés, en étant effectués dans une logique de **complémentarité** avec la pratique des médecins généralistes et en coopération avec eux, avec pour but d'améliorer l'état de santé des assurés – patients.



C'est pourquoi toute redondance est à éviter. L'auto questionnaire patient/assuré, les tests et les explorations fonctionnelles sont signalés comme très utiles pour les praticiens car non réalisés dans les cabinets. Par contre, les bilans biologiques, en particulier pour les patients suivis régulièrement et plus certainement encore les « chroniques », chez lesquels des prescriptions sont effectuées fréquemment, sont considérés comme redondants. C'est particulièrement vrai chez les plus de 45 ans. (31)

La finalité recherchée c'est la complémentarité et la coopération entre l'assurance maladie et les professionnels de santé de l'offre de soins de premier recours, en optimisant l'organisation et en provoquant une émulation au service des patients. La coordination entre la MSA et la médecine générale permettrait sûrement un meilleur ciblage en fonction de la fréquentation du système de soins et en fonction de l'état de santé des assurés – patients. Cette coordination pourrait être effectuée en amont des bilans, évitant ainsi les

redondances tout en restant dans un cadre qui pourrait être contenu. Une concertation préalable assureur maladie obligatoire – médecin généraliste au service du patient s'impose donc.

c. *Acte dédié à la prévention ou acte cumulé avec un acte de soin.*

Le problème du cumul du préventif et du curatif c'est qu'il va à l'encontre de l'idée que la prévention est une activité spécifique, d'où l'importance de la dissociation. Le médecin généraliste à qui cet acte est délégué a un vrai rôle à jouer en étant le dernier interlocuteur et en faisant la synthèse de ces Instants Santé. Le non cumul permettra aussi la mise en cohérence avec les autres actions de prévention existantes.

d. *Temps dédié à cet acte de prévention.*

La durée de réalisation de cet acte est estimée être dans une fourchette de 15 à 30 minutes. Cet acte peut être précédé d'un temps de préparation et surtout le remplissage des formulaires papier peut être long ; une simplification de ces tâches doit être envisagée.

e. *Rémunération.*

Les examens de suite du régime général sont rémunérés 1,5 C ;

Les bilans du RSI centrés sur le risque professionnel : 2,5 C ;

Le forfait ALD étant à 2,5 C, la C. ALD à 40,00 € ;

Les Instants Santé de la MSA : 1,5 C.

Une majorité des 38 médecins généralistes des focus groups lorrains ne sont pas très revendicateurs d'une augmentation, estimant que 1,5 C c'est honnête, et que la logique de l'indexation à la lettre clé C est préférable au forfait. Ceux qui exercent en Maison de Santé Pluridisciplinaire ou en Pôle évoquent l'intérêt de dégager une matinée ou une demi-journée de prévention qui remplacerait le paiement à l'acte au profit d'une vacation au service de la MSA. Enfin, certains autres estiment que la durée de l'acte étant le double d'une consultation normale, la logique voudrait une rémunération équivalent à 2 C, rejoint en cela par la majorité des 29 médecins généralistes de l'audit AVISO sollicité par la CCMSA et effectué à Brest, Reims, Carcassonne et Libourne.

3. Avantages et inconvénients des Instants Santé.

a. *Apport des Instants Santé.*

L'apport des Instants Santé est ressenti plutôt faible en matière de pathologies ou de diagnostics inconnus des médecins traitants, il est plus net en matière de facteurs de risque,

de statut vaccinal voire de troubles sensoriels et même de perturbations sur certains tests. Mais surtout, ces examens apportent un certain nombre d'informations sur les habitudes de vie, sur l'hygiène de vie, sur l'humeur, l'isolement, la qualité du sommeil, grâce à l'auto questionnaire qui doit servir de guide à un dialogue santé entre assuré et praticien. L'auto questionnaire aide les assurés à mieux se livrer. C'est donc plus un apport « santé globale », comportement face à la santé, qu'un apport en matière de diagnostic ou de démarche curative. Cet apport est également conforté par les médecins audités par la CCMSA, qui perçoivent cette « action comme intéressante, pour sensibiliser les patients sur des sujets « santé » pas encore abordés avec eux ou pour rencontrer des patients venant rarement en consultation ».

Pour les adolescents, l'auto questionnaire est très utile au regard de questions que le médecin n'a pas l'habitude d'évoquer avec eux. Leur venue sans leurs parents est un vrai plus, confortant l'orientation prise de profiter de la première carte Vitale et de la première déclaration de choix du médecin traitant. A noter pour eux la plus grande proportion d'adolescents de 16 à 20 ans à fréquenter ces bilans chez les non salariés agricoles (vrais ruraux) que chez les enfants de salariés (plus urbains), moins sensibles à ces bilans.

Les Instants Santé pour les non consommateurs de soins sont bien sûr utiles, car ces personnes restant à l'écart du système ne sont pas connues des praticiens.

Un autre avantage un peu informel réside dans les conditions de réalisation détendues de ces Instants Santé et dans la discussion instaurée autour des éléments du bilan qui présentent un intérêt prospectif pour la période à suivre, l'année ou plus.

Enfin, un apport non négligeable serait la possibilité de pouvoir intégrer dans les Dossiers Médicaux Informatiques (DMI) des professionnels de santé toutes ces données, au-delà de l'accès dématérialisé déjà développé. L'important c'est la compatibilité avec les logiciels métiers.

Il est à noter que les médecins généralistes de Lorraine n'évoquent pas l'intérêt d'un retour d'information collectif régional sur les bilans. C'est confirmé par l'audit national des 29 médecins généralistes qui sont peu enthousiastes vis-à-vis des propositions d'accès aux données statistiques nationales et régionales, qui sont même étonnés que la MSA le fasse, car elle n'est pas perçue comme une institution ayant pour vocation ce genre d'étude ; de plus, ils doutent de la fiabilité des données collectives et évoquent le non intérêt dans le contexte d'un bilan de santé qu'ils positionnent plus au niveau de l'individu concerné.

b. Apports spécifiques.

1. De la biométrie.

Plutôt peu utile pour les médecins généralistes - traitants, sauf pour les non suivis et non consommateurs. Elle peut avoir un intérêt pour les patients à titre de rappel éducatif en particulier (IMC, TA,...).

2. De la biologie.

C'est le domaine où il y a le plus de redondance dans l'état actuel de la pratique des Instants Santé et de la pratique en médecine générale et c'est le domaine où une concertation préalable en amont serait la plus efficace, voire efficiente.

Côté MSA, il y aurait une possibilité d'utiliser le Relevé Annuel des Prestations Sociales dans ce sens, au service du suivi des assurés susceptibles de participer aux Instants Santé et de se coordonner avec leurs médecins traitants. D'autant qu'une liste de patients ayant opté pour le médecin est aussi utilisable.

Côté médecin traitant, une vérification en amont et une prescription dans un cadre contenu dans un second temps serait plus adaptée ; elle serait plus complémentaire en tous les cas, se limitant à ce qui n'a pas déjà été pratiqué. Par contre, il y a un vrai plus, celui du culot urinaire, qui semble moins pratiqué en médecine générale maintenant.

L'intérêt de la biologie, c'est aussi l'intégration dans les logiciels métiers et le suivi dynamique sous forme de courbe par exemple. La transmission dématérialisée type « Apicrypt » s'impose donc ; par ailleurs il semblerait opportun de travailler avec les laboratoires de proximité pour le suivi dynamique de manière à être certain de la constance des techniques, et de ne pas comparer des données effectuées dans des normes qualité différentes.

Le problème pour la biologie, c'est l'effet attractif qu'elle semblerait avoir sur la fréquentation des assurés, d'où la crainte des organismes de la supprimer ou la limiter.

3. Des explorations fonctionnelles.

Les explorations tant sensorielles (contrôle de l'acuité auditive par audiométrie, contrôle de l'acuité visuelle) que fonctionnelles (exploration fonctionnelle respiratoire, tonométrie pour le tonus oculaire) ne sont pas pratiquées en médecine générale pour différents motifs :

- L'équipement des cabinets, un taux d'utilisation insuffisant des matériels,
- Le savoir faire et l'interprétation.

C'est donc également un des vrais plus des examens de santé. Cette pratique des explorations pendant les bilans permet leur réintroduction, leur retour dans le champ de l'offre de soins de premier recours, sachant que l'exercice collectif, voire mieux, l'exercice pluri-professionnel, sera grandement facilitateur.

Les tests visuels pouvant être pratiqués par des orthoptistes (acuité visuelle et tonométrie, à l'image de la Maison de Santé de Bulgnéville avec la rétinographie non mydriatique), les tests auditifs par des infirmières diplômées d'État, voire des orthophonistes, les explorations fonctionnelles respiratoires par des IDE. Pour répondre à des critères qualité, la formation des opérateurs quelques soient leurs compétences est fondamentale.

Quelques remarques se font jour :

- La démographie des ophtalmologistes va accentuer sûrement le recours à ces tests et aux orthoptistes.
- Le recours aux ORL et aux prothésistes pour les troubles auditifs, avec la difficile maîtrise du coût des prothèses.
- La prévalence de la BPCO en Lorraine et aussi sa prévalence dans les métiers de l'agriculture (élevage, élevage de vaches laitières, céréales) étudiée à travers l'étude BM3R que mène la MSA dans 3 régions au décours des Instants Santé (Bretagne, Franche Comté et Aquitaine), avec en objectif secondaire l'aide à la bonne interprétation des Boucles Débit Volume et l'introduction de tests de réversibilité après inhalation d'un broncho-dilatateur, mais aussi la qualité du test opérateur dépendant. Enfin, l'interprétation à distance des EFR par des plateformes d'EFR en télé-expertise (CHU de Besançon, Brest et Bordeaux).

4. Autres apports des Instants Santé.

Les tests de Fagerström et le dosage du monoxyde de carbone dans l'air expiré permettent une première approche du sevrage tabagique. Les nouvelles pratiques pluri-professionnelles avec des infirmiers formés au sevrage tabagique (à l'image des travaux du Pr. F. Raphael en Moselle) seraient un plus.

Quelques autres tests type MMS, MOCA, ont été pratiqués ou le sont parfois, en fonction des réponses à l'auto questionnaire, ils font gagner du temps aux médecins généralistes et servent de point de départ à d'autres explorations.

Nous ne revenons pas sur l'auto questionnaire patient dont nous avons parlé plus haut.

c. Actions de suite des Instants Santé.

La mise à jour des **vaccinations** est assez fréquente à très fréquente après les bilans de santé, surtout pour les jeunes (il est fait la critique de se limiter au seul tétanos, d'autres vaccins seraient intéressants). Le taux est de 31 % pour les exercices 2008-2009 au niveau national (chiffres extraits de la base EDS) ; 11,53 % pour les jeunes sur un document interne CCMSA – secteur prévention. En Lorraine le taux de mise à jour des vaccinations entre 2008 et 2012 chez les 25-74ans est de 28,83%.

La pratique des **bilans complémentaires**, voire de **consultations spécialisées** dans les suites des Instants Santé est un des intérêts de la démarche pour les médecins généralistes et surtout « font partie intégrante de cette action de prévention ».

Les médecins généralistes lorrains disent solliciter plus souvent les cardiologues, les ORL pour les troubles auditifs, les pneumologues (pour des Syndromes d'Apnée Obstructive du Sommeil par exemple), mais aussi les chirurgiens dentistes. Selon les statistiques 2008-2012 extraites de la base EDS les trois premières spécialités sollicitées en Lorraine sont : urologie, ophtalmologie, gynécologie-obstétrique, la cardiologie vient en 7° position, l'ORL en 6° position et la pneumologie en 8° position.

Du bilan national, il ressort que sont découverts, dans la tranche d'âge 25 - 64 ans, dans le cadre des **facteurs de risque cardio-vasculaire** :

- 11 % de **dyslipidémie** (avec un maximum à 11,9 % pour la classe d'âge 45-54 ans).
- 2 % de **diabète** (avec un maximum de 4,1 % pour la classe d'âge 25-34 ans).
- 2 % d'**hypertension artérielle** (avec un maximum de 3,1 % pour la classe d'âge 55-64 ans).

Et aussi d'**autres risques ou pathologies**, pour 16 % des participants de la tranche d'âge 25-64 ans (avec un maximum à 16,9 % pour les 45-54 ans). Ce chiffre est de 19 % pour la tranche d'âge 65-74 ans.

Les cinq premières pathologies des jeunes de 16 à 24 ans portent sur les sphères suivantes par ordre décroissant : ostéo-articulaire (8,5 %), dermatologique (6,3 %), respiratoire (3,5 %), neurologique (1,7 %) et psychologique (1,6 %).

Les médecins généralistes sollicitent un avis spécialisé pour 15 % des 25-74 ans, avec par ordre décroissant, les spécialités suivantes :

Ophthalmologie.....	22 %
ORL	18 %
Cardiologie.....	12 %
Gastro-entérologie	6 %
Urologie	5 %
Radiologie	5 %
Pneumologie.....	4,8 %
Rhumatologie	4,2 %
Dermatologie.....	3,5 %
Gynécologie.....	3 %

Pour les jeunes, à 5 % l'ophtalmologue, 1 % l'ORL.

Les orientations vers le **conseil nutritionnel**, malgré la proposition MSA se sont limitées à 8 %, malgré des taux de surpoids, obésité et obésité sévère qui touchent une grande proportion de la population. (Cf paragraphe 14 ci-dessous.)

3 % des adhérents ont été orientés vers une consultation d'aide au **sevrage tabagique**. Pour la MSA en 2012, au niveau national 8924 bénéficiaires, dont 230 en Lorraine ont fait une demande de prise en charge de substituts nicotiques, en baisse de 11% par rapport à 2011, majoritairement des hommes (65%), les moins de 25 ans représentant 7%, les 26-50 ans 59% des bénéficiaires. Le nombre de femmes « substituées » à triplé en 2012 suite à une campagne de sensibilisation en 2011. Pour le sevrage tabagique, il serait peut être utile de mieux exploiter la piste des IDE qualifiés à l'aide au sevrage, à l'image de l'action « Lorraine Stop Tabac » conduite par le Professeur de Médecine Générale F. Raphael.

Moins de 1 % des adhérents au niveau national sont orientés vers une consultation d'**alcoologie** ou d'**autres addictions**.

Un suivi ou un nouveau traitement est mis en place pour 19 % des assurés de 25 à 74 ans.

d. Intérêts des Instants Santé pour les différents types de patients.

Un véritable intérêt pour **les non consommateurs de soins**, pour les accrocher, les raccrocher au système de soins et leur faire prendre conscience simplement de l'utilité pour leur santé de ce type de démarche.

Les non consommateurs de soins sont également non participants aux campagnes de dépistage des cancers (tant mammographie qu'hémocult), voire des actions en faveur de la vaccination. Parmi ces non consommateurs, sont retrouvés en particulier des hommes, surtout non salariés agricoles de plus de 45 ans.

La communication habituelle est sûrement donc peu adaptée ; il faudrait tester les techniques interactives et plus personnalisées, dont la relance téléphonique (comme l'évoque l'étude de J. MENARES, épidémiologiste à l'INSERM, en 2005)(35).

Il faut peut-être trouver des mesures susceptibles d'améliorer leur participation y compris des incitations économiques et conjuguer à d'autres contacts notamment la médecine du travail.

Il est important de réaliser un ciblage préalable dans les patientèles en concertation avec les médecins généralistes.

Pour **les non réguliers**, ça les ramène au cabinet et c'est utile car ils ont un suivi moins bon ; d'où l'importance du rôle des femmes et des mères pour contacter les maris et les adolescents...

Pour **les chroniques**, il y a peu de révélations, mais le suivi étant centré sur la pathologie et ses conséquences, les médecins peuvent profiter de ce moment privilégié pour faire le point sur la « santé » plus globale, sortir de l'approche thématique pour une approche plus globale, sortir de la routine, chercher une ouverture hors pathologie intéressante, sortir des seuls objectifs de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique. Pour abonder dans ce sens la concertation MSA – médecin généraliste pourra traiter de la problématique des « fréquentations contraintes » du système de santé, comme pour les hommes de plus de 45 ans « forcés » par leur mauvais état de santé à recourir au système de soins et qui ne sont pas dans un esprit préventif et sont donc non participants aux Instants Santé.

Un point particulier porte sur la stimulation qu'il faut effectuer pour les patients qui ne donnent pas suite après l'étape pré clinique du bilan. Il faut les relancer, voire que les médecins généralistes les rappellent. La proportion d'abandon entre les deux phases étant importante, se pose la question de leur inversion qui pourrait permettre une meilleure adhésion par l'échange préalable avec le médecin traitant.

e. Inconvénients des Instants Santé.

Deux inconvénients majeurs sont répétés par les médecins : le temps et la redondance.

- Le problème du temps est lié à l'intégration de cette activité préventive dans la journée de travail d'un médecin généraliste centrée sur le curatif ; il pourrait y avoir une solution à travers la prise de rendez-vous et l'organisation du cabinet.
- La redondance, elle, trouvera « son remède » à travers la concertation entre la MSA et les praticiens, concertation en amont de la campagne des Instants Santé, à travers un échange sur la liste de patients déclarés et une préparation réciproque (relevé annuel de prestations côté assureurs et prescription côté acteurs de soins).

L'illettrisme relevé dans les populations par l'enquête « J. MENARES » de 2005 (35), le fait que l'étape de l'invitation et de l'auto questionnaire se passent quasi exclusivement par écrit, peut causer un problème pour les patients qui ne lisent pas ou n'écrivent pas le français, car il n'y a pas de traduction, mais aussi pour ceux qui ne sont pas à l'aise avec ce moyen d'expression. Il peut, de plus, y avoir des soucis de compréhension ou d'interprétation de certaines questions.

Un autre inconvénient est le volume de papier encore utilisé dans ce cadre, d'où l'impérieuse nécessité d'accélérer la dématérialisation à travers l'expérimentation du process MSA (un groupe médical lorrain l'a testé et a apprécié) ; cela présente un indéniable intérêt au regard de la simplification mais demeurent des interrogations sur la compatibilité de l'outil avec les logiciels actuels et la sécurisation avec les messageries protégées (Apicrypt en Lorraine). Cet aspect est également signalé par l'audit CCMSA.

Au global, « c'est bien une activité de soins primaires, intéressante quand elle est pratiquée dans de bonnes conditions », qui peut permettre aux praticiens de ne pas se démobiliser mais de rester vigilants dans leur démarche préventive globale et de ne pas se centrer uniquement sur les cancers et le risque cardiovasculaire.

4. Evolution souhaitable des Instants Santé.

a. Ajouts potentiels.

Le balayage actuel est relativement vaste, les praticiens émettent quelques propositions et les soumettent au débat :

La question des **PSA** est fréquemment posée.

En France comme dans d'autres pays, le dépistage systématique du cancer de la prostate n'est pas recommandé, car il ne semble pas réduire la mortalité et induit pour certains des examens de confirmation (biopsies) et des traitements dont les effets secondaires

(incontinence urinaire, dysurie et troubles de l'érection,...) sont nombreux sans pouvoir apporter la preuve d'un bénéfice pour tous les patients. La HAS l'a rappelé dans un tout récent rapport qui conclut qu'il n'est pas justifié y compris dans les populations à risque. Elle insiste sur la nécessité de délivrer aux hommes envisageant la réalisation d'un dosage de PSA une information complète sur les conséquences de ce dépistage. Pourtant lorsque l'on observe la réalité française, on constate que si elle n'est pas recommandée : plus de 75% des hommes de plus de 55 ans ont au moins un dosage de PSA à titre de dépistage sur une période de 3 ans (2008-2010) et ce taux est identique après 75 ans (76%). Il est élevé même chez les hommes qui sont déjà traités pour des affections sévères. Il est ainsi paradoxal que le taux de dépistage de cancer de la prostate, non recommandé, soit plus élevé que les taux de participation aux campagnes de dépistages du cancer du sein (61% en 2009-2010 DSO et dépistages individuels cumulés) et du cancer colorectal (34%). Les pratiques de dépistage sont variables sur le territoire avec des taux variant du simple au double (élevé dans le Sud : en Aquitaine, PACA et Midi-Pyrénées) pour les 75 ans et plus. En Lorraine c'est très élevé en Moselle (47 à 55%), moins en Meurthe et Moselle (42 à 47%) et encore moins en Meuse et dans les Vosges (38 à 42%). Ce test n'est donc probablement pas à mettre en œuvre dans les Instants Santé. (36)

Les **vaccinations autres que le tétanos** :

La grippe bien sûr, quand la campagne se déroule lors des 2 saisons de vaccination (automne-hiver), mais aussi les vaccinations type prévention du cancer du col de l'utérus, hépatite B chez les jeunes. Il s'agit là de se conformer au nouveau calendrier vaccinal.

Pour les jeunes, à l'image de ce que fait le régime général et après l'interrogatoire clinique, peuvent se poser les questions des **sérologies** HIV, Hépatite B, voire Hépatite C. C'est légitime et doit relever de la discussion médecin généraliste – patient.

Le **suivi thyroïdien**, en fonction de la clinique et de l'IMC, relève plus des examens de suite des bilans de santé.

Le **saturnisme** en fonction de la géographie (dans les Vosges, dans la Meuse, en fonction des territoires et de la connaissance du réseau d'eau). Les médecins sont informés par les campagnes d'information ARS.

Les **frottis** chez les femmes en fonction du suivi.

La **densitométrie osseuse** chez les femmes d'un certain âge à l'image de l'action de prévention initiée par l'Instance du Régime Local Agricole d'Alsace Moselle (Régime complémentaire obligatoire spécifique aux deux départements d'Alsace et à la Moselle). Plus que les tests, il faut être plus incitatif en matière d'activité physique et de nutrition.

L'exploration des chutes chez les personnes âgées (d'autant que la MSA dispose d'un logiciel d'analyse des chutes, utilisable par les SSIAD), mais c'est surtout au-delà de 74 ans.

L'exploration plus systématique des **troubles cognitifs** (faite avant la dernière refonte des Instants Santé) par l'utilisation de tests MMS, voire MOCA, à l'image de ce qui est fait en préalable aux inscriptions aux ateliers PEPS Eureka développés par la MSA.

L'usage plus systématique des « **conseils nutritionnels** », d'autant que les résultats mettent en évidence une prévalence importante des problèmes de poids. La prévalence de l'obésité augmente avec l'âge, elle est plus faible que dans la population générale pour les moins de 44 ans et plus élevée que dans la population générale pour les plus de 45 ans. La Meuse et la Moselle étant parmi les départements où cette prévalence est supérieure à la moyenne nationale. Une analyse plus ciblée de ce problème sur les bilans de prévention MSA en Lorraine confirme cette problématique : 5091 assurés ont un IMC supérieur à 25, dont 74 un IMC supérieur à 40 ; 1704 entre 30 et 40. Et 6% des personnes ayant fait le bilan des Instants Santé cumulent un excès de poids et une dyslipidémie au bilan biologique.

Par ailleurs, les ALD relatives au risque cardiovasculaire (exemple : HTA, insuffisance cardiaque, ischémie coronaire, artérite et AVC) et le diabète ont une forte prévalence en MSA.

Tous les arguments militent donc en faveur de ce conseil nutritionnel, mis en œuvre, mais insuffisamment (2 800 conseils recommandés par les médecins généralistes pour les 25-74 ans, pour 42 300 consultations de prévention, soit 6,6 % au niveau national).

	2009 25-44 ans	2010 25-44 ans	2011 25-74 ans	2012 25-74 ans
Recommandations	1 406	588	809	2 800
1 ^{ère} C diététique	43	54	99	
2 ^{ème} C diététique	36	42	89	

Il faut donc stimuler fortement la participation aux consultations chez les diététiciens et mettre en œuvre le nouveau Parcours Nutrition Santé (PNS) impulsé pour 2014 par la CCMSA pour les personnes présentant un réel déséquilibre alimentaire, sans traduction clinique encore importante. Les pathologies plus lourdes telles que l'obésité et le diabète relèvent d'une prise en charge médicalisée plus organisée dispensée par les réseaux de santé.

Proposer un **suivi psychologique** pour les problèmes d'isolement, de solitude, voire certains troubles de l'humeur, qui compléterait bien l'action de prévention du suicide menée par la

MSA pour le monde agricole. 6 % des personnes participant aux Instants Santé présentent un indicateur de risque de dépression. 32 % considèrent être stressés par leur vie professionnelle. Et 9,6 % ont une réponse croisée positive quant au stress et à l'indicateur de dépression chez les 25-64 ans.

Pour les jeunes, 1 % consomment des anxiolytiques ; 5,7 % ont des troubles du sommeil, la note moyenne de l'état de santé mentale est de 7,98/10 pour 4 507 jeunes, 1,5 % ayant moins de 5 ; Les médecins conseillent un suivi psychiatrique à 2,5 % des jeunes.

Ces problèmes de santé mentale représentent la 2^{ème} cause des arrêts de travail en MSA pour les salariés (après les affections de l'appareil locomoteur) et 20 % en volume. Logiquement, c'est donc aussi la 2^{ème} cause d'invalidité derrière les maladies de l'appareil locomoteur (avec 15 % des causes) et devant le risque cardiovasculaire.

Le poids des consultations spécialisées de psychiatrie en MSA est de 7,79 % de l'ensemble des consultations spécialisées et 2 % de l'ensemble des consultations, moins que le régime général (respectivement 12,68 % des CS et 4,13 % des C) et avec une grande différence entre les salariés (proche du régime général avec 10,69 % des CS et 2,86 % des C) et les non salariés, les plus ruraux des deux catégories (5,01 % des CS et 1,27 % des C).

Sachant enfin la surmortalité par suicide des agriculteurs (20 % chez les hommes), surtout chez les éleveurs bovins (lait et viande) par arme à feu et pendaison en particulier, comme le montre concrètement nos échanges avec un généraliste meusien, la mise en place de cette approche psychologique semble s'imposer. (37)

Enfin, à l'image du RSI, les médecins généralistes (surtout les ruraux), sont demandeurs d'explications sur les conséquences sanitaires des différentes **expositions professionnelles** en particulier des agriculteurs, ainsi que sur les pathologies plus spécifiques du monde rural. Il faudra sûrement profiter des campagnes Instants Santé pour que les médecins du travail donnent des explications sur la maladie de Parkinson reconnue comme maladie professionnelle pour les agriculteurs et les salariés agricoles exposés aux pesticides, ainsi que peut-être sur la prévalence de certaines hémopathies ou maladies proches (lymphomes malins non hodgkiniens...). Ces explications apportées par les médecins du travail MSA pourraient ainsi combler le déficit d'image voire la méconnaissance de ce secteur d'activité par les médecins généralistes, en particulier ruraux (34)(à noter que ce déficit d'image ou cette méconnaissance est moindre en Lorraine, surtout du fait du lien avec les maisons de santé pluridisciplinaires, en particulier celles où les médecins du travail MSA consultent... ou consulteront).

Autre pathologie spécifique du monde rural, des agriculteurs et des salariés « en extérieur », la cancérologie cutanée. En matière de carcinomes cutanés épithéliaux : il n'y a pas de sur-incidence en population agricole (150/100000) pour les carcinomes basocellulaires, par contre il y a une sur-incidence pour les carcinomes spinocellulaires ou épidermoïdes 10,5 en Régime Agricole et 7,7 en Régime Général (avec en particulier 10,9 pour les salariés agricoles et 39,7 pour les non salariés agricoles, exploitants). Pour les mélanomes, il n'y a pas de

différence. Dans ce cadre, les MSA coopèrent avec le SNDV (Syndicat National des Dermato-Vénérologues) lors de la journée annuelle de dépistage des cancers cutanés de mai. Une expérience de télé dermatologie a été effectuée en 2013 avec des résultats plutôt prometteurs : 8 départements, 10 sites de télé dépistage, 17 praticiens MSA, 5 dermatologues du SNDV sur une plateforme à Bagnolet ; 243 patients, 257 envois d'images, 143 dossiers de patients expertisés, 5 suspicions de mélanomes et une suspicion de carcinome basocellulaire.

Il semble intéressant, dans le cadre du Pacte Territoire Santé de Marie Sol Touraine, de prolonger à travers les campagnes Instants Santé une telle pratique, cela en rentrant dans le cadre de la politique de télésanté des ARS.

La broncho-pneumopathie chronique rentre dans ces pathologies, d'où l'intérêt de développer plus encore les explorations fonctionnelles respiratoires dans les Instants Santé. Les risques respiratoires pour les professionnels de l'agriculture et leurs paradoxes : peu de cancers bronchiques du fait d'une moindre intoxication tabagique, plus de BPCO du fait des aérocontaminants ; une moindre incidence de l'asthme atopique et plus d'asthmes inflammatoires et immunologiques non spécifiques liés aux mêmes aérocontaminants. (38)

b. Les axes d'amélioration.

La démarche Instants Santé est globalement pertinente pour les patients non consommateurs et non réguliers.

Les éléments non pertinents dépendent des classes d'âge et surtout des individus et de leur type de suivi. Nous avons déjà parlé de la biologie, de la biométrie.

Un meilleur ciblage permettrait une meilleure efficacité. Il faudrait peut-être adresser aux médecins généralistes une conduite à tenir par tranche d'âge, dans un cadre contenu, précédé d'une concertation pour sa patientèle MSA et en proposant une organisation avec les autres acteurs de premier recours pour réaliser, selon tous les critères qualité, l'ensemble des séquences des Instants Santé.

Il faut donc un temps préparatoire, de communication, de formation et d'organisation avec les professionnels de santé d'un territoire, en particulier bien sûr, les médecins généralistes qui sont en première ligne mais aussi tous les intervenants potentiels de ces bilans.

c. Optimisation des Instants Santé.

Les médecins souhaitent une coopération et une complémentarité plus importante. Le médecin généraliste devrait pouvoir tout faire : « C'est bien dans la logique des soins de premier recours ou des soins primaires. »

Pour les difficultés de ciblage et les biais de recrutement, la coopération avec le médecin généraliste traitant est utile ; il connaît le contexte (social, familial et même professionnel). Il y a donc utilité d'un travail en amont, à partir des listes médecin traitant, à partir des relevés

annuels de prestations sociales (RAPS) édités par la MSA qui mettent en évidence la consommation de soins, et à partir des dossiers médicaux voire des historiques de remboursements pour les médecins traitants. Cette concertation en amont pourrait être réalisée par les agents en charge de la relation avec les professionnels de santé.

Les chroniques et les consultants réguliers sont aussi concernés par ce ciblage ; le bilan de prévention sera chez eux centré sur des aspects de leur santé non habituellement suivis par les consultations (hors leur(s) maladie(s) chronique(s) et hors leur(s) motif(s) médical (aux) de suivi).

Les patients seront informés grâce à tous les canaux de communication : courrier, mail et téléphone.

Les médecins traitants bénéficieront des listes de leurs patients concernés. Un rappel par les médecins traitants sera effectué pour les non répondants, non venus, les assurés étant informés de cette possibilité.

Les caisses feront aussi de la relance avec une information en double aux médecins.

Il faudrait commencer le parcours, par une étape avec le médecin généraliste. L'auto questionnaire patient serait rempli dans la salle d'attente ou au domicile avant la séquence médicale. Les tests, les explorations, certaines prises de constantes et la biologie seraient prescrits dans un cadre fermé. Ils pourraient être réalisés par d'autres acteurs de l'offre de soins de 1^{er} recours dans les territoires ruraux ou effectués dans les antennes MSA pour les zones plus urbaines. Ceci devrait se faire en respectant les cahiers des charges qualité propres à chaque test, exploration ou examen.

Le « cadre fermé » des examens non médicaux serait adapté aux tranches d'âge et pris en charge par les fonds de prévention.

Parmi les examens de suite aux Instants Santé, il faudrait renforcer l'intervention de certains professionnels de santé, non pris en charge actuellement par le risque maladie : en particulier les diététiciens et les psychologues.

L'unité de lieu qu'offrent les MSP, les Pôles de Santé, voire les Espaces Santé, pourrait être mise à profit pour améliorer l'organisation des Instants Santé et faire ainsi un parcours de prévention facile à pratiquer, voire appliquer la logique de vacations ou ½ journées de médecine préventive.

Pour les professionnels de santé exerçant seuls ou pour les « petites patientèles » MSA des zones plus urbaines ou des régions moins « agricoles », la MSA devrait aménager un parcours de prévention dans une de ses antennes ou structures ou profiter de locaux adaptés à cette démarche.

Il faudrait mettre à profit le temps gagné par les agents MSA, qui ne se déplaceraient plus dans les cantons pour l'accueil des bilans, pour cette organisation.

Des campagnes de communication avec affichages, prospectus en salle d'attente, voire petits spots visuels diffusables sur des écrans ou radio-diffusables devraient être mis en

place pour inciter à la participation. Ils seraient mis à disposition des professionnels de santé des territoires concernés par les bilans.

Des séances d'échanges entre les médecins généralistes et les acteurs du premier recours concernés devraient être organisées ; la présence des médecins du travail pour le risque professionnel et des travailleurs sociaux pour la précarité pourrait être bénéfique.

La dématérialisation en vue de simplification de la démarche devra être renforcée, de même pour les mécanismes de tiers payant qui devront se calquer sur ceux du quotidien des professionnels (flux électronique par les cartes Vitale).

Un suivi post bilan devrait être mis en place, en particulier pour les pathologies un peu plus spécifiques de la population agricole (BPCO, dermatologie, hématologie... mais aussi psychologie...). Certains parlent de consultation « anniversaire ».

L'assureur maladie obligatoire « MSA » devra mettre en œuvre différents moyens de persuasion pour que ses assurés comprennent l'intérêt de participer à ces Instants Santé pour mieux maîtriser le risque santé. Prime à l'image des 50 € des jeunes par les chèques pour l'activité physique, ou autres arguments attractifs.

d. Communication à employer pour améliorer la fréquentation des Instants Santé par les assurés MSA.

Il faudrait déjà mieux valoriser les actions conduites. A ce jour, il y a trop peu de communication sur les résultats des Instants Santé. Ils sont utiles en matière d'examen complémentaires, de mise à jour de facteurs de risque, de découverte de pathologies et d'instauration de traitements, dont nous avons parlé précédemment.

1. Communication avec les médecins.

Il faut mieux communiquer avec les médecins généralistes en privilégiant le contact direct, une concertation en amont des campagnes Instants Santé est nécessaire pour améliorer le ciblage voire approfondir certains dossiers de patients.

Il faut aussi stimuler la volonté et l'envie de développer des partenariats dans le cadre de la prévention ; il faut que la MSA soit plus proactive sans pour autant être intrusive, en profitant de la mise en place des campagnes Instants Santé sur les territoires.

Il faut mettre en place des rencontres avec les médecins de la MSA pour expliciter les objectifs et faire participer aussi la Santé Sécurité au Travail et le secteur social.

Il faut donner la possibilité aux médecins ou surtout à leur secrétariat, de rappeler les assurés MSA.

Les salles d'attente doivent être mises à profit pour la communication vers les assurés, en particulier en zones rurales (affiches, prospectus, brochures...).

2. Communication vers les patients.

Les caisses doivent utiliser tous les canaux de la communication (courrier, mail, téléphone) dont les plus modernes : alertes SMS, alertes mail, site Internet enrichi. Les relances téléphoniques augmentent nettement le taux de participation.

La participation des élus locaux MSA, à l'image de la place des Associations de Patients dans certaines actions doit améliorer la participation (38 % des caisses avaient arrêté cette dynamique en 2005) (35). Cela augmenterait le taux de participation pour une meilleure adhésion à la démarche (« Les patients parlent aux patients », « les assurés convainquent les assurés »).

C'est mieux que la communication unidirectionnelle car cela permet l'expression des assurés.

Des slogans plus accrocheurs doivent être cherchés, comme l'a dit l'un des médecins interrogés lors des focus groups : « Vous avez fait la révision de votre auto, avez-vous pensé à votre bilan de médecine préventive ? »

Axer sur les craintes des patients à l'image de la prévention routière, la peur de déceler des risques ou des maladies graves ne semblant pas inhiber la participation à l'examen de santé (35), et faire le lien avec les obligations de l'assuré envers son assureur en essayant de trouver des arguments persuasifs.

Il faut aussi donner plus de visibilité aux examens de santé, car il y a souvent confusion avec d'autres actes de santé (la médecine du travail, les dépistages... d'autres bilans).

3. Pour les patients et pour les médecins.

Peut-être qu'une pratique des bilans à des âges clés (âge fixe par décennie ou à l'image des 16 ans et de la première carte Vitale) avec un argument par classe d'âge pour la décennie, inciterait, inviterait plus à participer, l'âge de 45 ans est à envisager du fait de sa « position pivot » pour les taux de participation, sans omettre la « préservation de l'autonomie à partir 75 ans ».

D. Propositions.

Pour une bonne marche en avant des campagnes Instants Santé, un certain nombre de grandes étapes du processus doivent être respectées.

La sélection du territoire et son état des lieux en matière de santé et de soins de proximité.

La communication avec 3 cibles et 2 approches.

Les 3 cibles :

- Les professionnels de santé dont : les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les professionnels de santé conventionnés, les autres professionnels de santé non conventionnés (diététiciens, psychologues,...), les établissements de santé et médico-sociaux.
- Les assurés MSA : salariés et non salariés agricoles.
- L'échelon local MSA.

Les 2 approches :

- Une approche médico-administrative et technique autour du processus en lui-même.
- Une approche promotionnelle, éducative et politique.

Il faut définir les tranches d'âges et les cibles :

- Mieux centrer sur les âges clés : 16 ans, 1^{ère} activité professionnelle ou sociale, parentalité, 45 ans, départ en retraite, 75 ans, reste la question des 35-44 ans.
- Et leurs cibles : conduites à risques, prévention des facteurs de risque, prise en charge précoce, prospective retraite, préservation de l'autonomie.

La concertation avec les médecins généralistes.

La partie préclinique et les partenariats.

La délégation clinique et la synthèse pour les médecins généralistes.

Les actions de suite individuelles et collectives.

La consultation anniversaire.

1. Le territoire : analyse et état des lieux.

La plupart des MSA ont adopté un cycle géographique quinquennal, de manière à avoir des contacts avec les assurés et les médecins de façon régulière. L'idée est de découper les départements en 5 zones, que ces zones soient le plus proche possible des territoires de santé de proximité, déclinés par les ARS, et que le volume d'assurés MSA soit à peu près équilibré (ceci en vue du lissage de l'activité de production des caisses sur 5 ans). Dans ces zones géographiques, il faudra faire un état des lieux assez exhaustif :

- existence d'un contrat local de santé (CLS) (à l'image des zones de Stenay, Montmédy, Thionville, Nancy, et à venir St Mihiel, Epinal ...), et ses orientations ... pour assurer la cohérence avec les politiques territoriales envisagées par les ARS,
- quelle offre de soins de 1^{er} recours :
 - . Pôles, maisons de santé pluridisciplinaires, cabinets de groupe, espaces santé ...
 - . Les noms des médecins généralistes traitants afin d'établir leur liste de patients,
 - . Le nombre d'auxiliaires médicaux, plus particulièrement les infirmiers diplômés d'Etat, les diététiciens et les podologues, mais aussi les orthoptistes, les orthophonistes et les sages-femmes,
 - . Les chirurgiens dentistes,
 - . Les laboratoires de biologie.
- quelle offre hospitalière, et plus particulièrement les Centre Hospitalier Locaux (CHL) ou Centre Hospitalier dit de Proximité.

- quelle offre de spécialistes sur le territoire : en précisant : les spécialistes de proximité : ophtalmologistes, psychiatres, dermatologues ; et les autres spécialistes : cardiologues, gynécologues, ORL,...

Ainsi, il sera possible de répondre à la question : qui peut faire quoi ?

L'analyse côté MSA doit être pluri-professionnelle (administrative, médicale dont médecins du travail et ensuite politique « échelon local MSA ») et doit porter :

- sur la démographie des assurés, leur catégorie : salariés, non salariés, leur pyramide des âges, leurs statuts ouvrants droits ou ayants droits ; les entreprises MSA (coopératives, Crédit Agricole, scieries, paysagistes, voire les établissements d'enseignement agricole : maisons familiales rurales, collèges, lycées agricoles,...).
- sur les caractéristiques du secteur, quel type d'agriculture : polyculture élevage, céréales, voire viticulture, exploitations forestières,... Cela aura un intérêt par rapport aux risques professionnels (physiques, chimiques, biologiques, voire sociaux ou psycho-sociaux).

Cette étape territoriale a pour but de préparer la campagne Instants Santé et en particulier la phase communication.

2. Communication.

a. Les cibles.

1. Les professionnels de santé.

Tout d'abord, les professionnels de santé et en première ligne les médecins généralistes, qui ont en responsabilité la partie clinique et surtout les parties synthèse et suivi des Instants Santé. Il faut les informer de l'objectif des Instants Santé, de leur organisation et surtout expliciter leur place et leur rôle. Il faudra ne pas omettre de parler du temps de concertation qui permet s'il est bien fait d'accroître la fréquentation des assurés MSA. Il faut organiser la coopération et la complémentarité. Il sera intéressant de se faire expliquer les modes d'exercice de chaque médecin, afin d'affiner le détail de la campagne Instants Santé : en effet de ces modes d'exercice vont découler des procédures différentes de mise en œuvre des bilans, une délégation plus ou moins importante des séquences du processus, versant préclinique en particulier.

Il faudra exposer certaines spécificités de santé de la population agricole (pneumologiques, dermatologiques, psychologiques,...), mais aussi positionner ces Instants Santé dans le cadre des pratiques préventives globales au service des assurés. Il sera sans doute assez utile d'évoquer certains aspects des Programmes Régionaux de Santé et d'apporter quelques éléments sur les Contrats Locaux de Santé. Une intervention des médecins du travail et/ou des conseillers en prévention des risques professionnels peut être intéressante (zoono-surveillance, surveillance des produits phytosanitaires,...).

Avec les professionnels de santé non médicaux, conventionnés par l'Assurance maladie, la communication va avoir pour objet de chercher avec chaque catégorie de professionnels sa potentielle participation, avec par exemple les partenariats suivants :

Les IDE : le prélèvement biologique, le soutien à la rédaction de l'auto-questionnaire patient, le test au monoxyde de carbone, l'accompagnement au remplissage du test de Fagerström, la pratique de l'exploration fonctionnelle respiratoire avec ou sans inhalation de bronchodilatateurs, mais aussi les tests cognitifs,...

Les orthoptistes : pour les tests visuels, la tonométrie, voire d'autres choses lors des suites des Instants Santé (rétinographie non mydriatique,...).

Les orthophonistes : pour les tests auditifs, mais aussi éventuellement pour les tests cognitifs.

Avec les professionnels de santé non médicaux, non conventionnés, à l'image des diététiciens ou des psychologues, dont les actes ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Le partenariat dans ce cas va porter sur le parcours nutrition santé et ses 3 consultations diététiques rémunérées 40 € chacune ou alors sur l'accompagnement psychologique à définir pour les assurés qui présenteraient un besoin clairement identifié par le médecin généraliste lors de la synthèse du bilan (trouble de l'humeur, isolement, anxiété, voire stress d'origine professionnelle).

Avec les biologistes du secteur : la MSA se doit de travailler avec les laboratoires de proximité, déjà du fait de sa culture de territoire et de la proximité, mais aussi pour donner aux médecins généralistes des retours d'information dématérialisés des analyses biologiques dans un cadre habituel, permettant l'utilisation dynamique des résultats en complément de ceux déjà réalisés dans la pratique courante. La réforme de la biologie et les pratiques tarifaires en conformité à la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) homogénéisés maintenant sur l'ensemble du territoire conforteront cette logique, et surtout aideront au positionnement de la MSA dans le cadre de la convention avec les laboratoires de biologie.

Avec les médecins spécialistes du secteur retenu : d'abord, les spécialistes de proximité souvent sollicités lors des suites des bilans : ophtalmologistes (glaucomes), dermatologues (lésions cutanées), et psychiatres (en complément du soutien psychologique ou en cas de pathologies avérées). Et les spécialistes autres, comme les cardiologues (facteurs de risque cardio-vasculaires), les pneumologues (EFR et BPCO) et les ORL (surdités,...).

2. Les assurés MSA.

Les salariés et non salariés agricoles, relevant du régime agricole, seront touchés par les moyens de communication habituels de la MSA : courriers (le décompte de remboursements

papier adressé trimestriellement, les bulletins trimestriels d'information de la MSA, les courriers d'invitation et d'information,...). La relation téléphonique avec la pratique d'appels sortants et les SMS. Internet et les mails pour ceux qui sont inscrits sur ce vecteur de communication. Et il faudra utiliser les autres contacts possibles : agences décentralisées MSA, visite des conseillers en protection sociale, contacts avec les travailleurs sociaux, consultations de médecine du travail. Enfin doivent être organisées des réunions d'information, cela en lien avec l'échelon local MSA. La communication avec les assurés devra s'attacher à inciter les non participants à venir.

3. L'échelon local.

1^{er} niveau de la démocratie sociale MSA, élu tous les 5 ans dans le cadre du processus de nomination des Conseils d'Administration des Caisses de MSA et de celui de la Caisse Centrale (taux de participation assez élevé pour le régime agricole : 38% dans les MSA au niveau national, 50% en Lorraine), l'échelon local a un rôle important dans le passage de l'information ascendante et descendante. Dans le cadre des Instants Santé, il sera utile pour organiser des réunions d'information et de sensibilisation des assurés évoquées plus haut, mais aussi pour le positionnement de l'action vers les élus des collectivités territoriales et la mise en œuvre ultérieure d'actions collectives de prévention de type : Ateliers Nutrition, PEPS Eurêka, Ateliers du Bien Vieillir ou autres actions éducatives collectives.

b. Les approches.

En matière de communication, comme nous venons de le voir, les approches sont de 2 types :

La 1^o assez technique et médico-administrative (chiffres, explications pratiques du processus, parcours,...).

La 2^o plus promotionnelle et politique voire éducative : utilité, motivation, sensibilisation.

Les 2 approches concernent toutes les cibles de manière à accroître la fréquentation, la participation et la complémentarité entre les acteurs au service d'une amélioration de l'état de santé des assurés MSA. Les arguments de motivation seront à peaufiner en particulier pour les 4 groupes de non participants décrits dans l'étude MSA ; les hommes de plus et moins de 45 ans, en particulier les non salariés agricoles de plus de 45 ans, et les chroniques contraints à un suivi médical régulier mais non impliqués dans la prévention.

3. Les tranches d'âges et leurs cibles.

Les médecins généralistes souhaitent que les bilans de santé soient plus centrés sur des âges clés pour améliorer leur pratique préventive :

16 ans : l'âge de réception de la 1° carte Vitale, la « porte d'entrée » dans l'autonomie au regard de l'offre de soins et âge de la 1° déclaration de choix du médecin traitant : répond à ce critère. L'idée serait que peu de temps après son anniversaire, le jeune de 16 ans fasse son bilan de santé comme 1° consultation et choisisse alors son médecin traitant. Il y a une grande responsabilité du 1° médecin traitant pour une bonne 1° prise de contact en autonomie avec le système de soins.

1° ouverture de droits en matière de protection sociale maladie : La 1° embauche ou la 1° installation dans une activité relevant du régime de protection sociale agricole est aussi une étape importante. Cette fois, c'est « l'autonomie financière » couplée à l'entrée dans la vie active. Là encore, la 1° consultation chez le « médecin traitant », choisi, désigné ou renouvelé est importante. C'est une étape où l'assureur maladie pourra opportunément convaincre ses assurés des bienfaits d'un bilan de prévention et c'est une étape chez le médecin traitant qui peut être intéressante dans le cadre du bon équilibre physique, psychique et social. Quel impact sur la santé de l'entrée dans la vie active, de l'autonomie financière,... Cette 1° ouverture de droits en matière de protection sociale maladie survient de manière assez variable entre 18 et 24 ans en MSA.

La parentalité :

A l'occasion des congés maternités et des congés de paternité.

Pour les pères, à l'occasion de leurs 14 jours de congés de paternité, il est assez aisé pour l'assureur maladie de les repérer par une alerte dans sa base de données. C'est une bonne opportunité pour que le médecin traitant fasse un bilan de prévention au « père » de famille, qui sera peut-être assez réceptif à ce moment là.

Pour les mères, cela peut apparaître paradoxal, mais malgré un suivi pré et post natal important, il n'y a pas ou peu d'approche préventive globale et le médecin traitant pourrait profiter de ce temps particulier à cette fin (à noter que l'âge moyen de la maternité est d'un an inférieur à celui du régime général, et qu'un doute existe quant à l'hypotrophie des nouveaux nés assurés maladie par la MSA dont il faudrait explorer la cause plus précisément, cela a été repéré notamment par les travaux effectués lors du symposium INMA 2012 sur le travail des femmes en agriculture).

L'âge « pivot » de 45 ans (à plus ou moins 2 ans ½) : En effet, c'est un âge repéré par l'analyse de la consommation de soins des assurés participants aux Instants Santé dans l'étude CCMSA de novembre 2013. C'est d'autre part un âge intéressant pour la prise en compte des facteurs de risque cardio-vasculaires. La fréquentation en Lorraine est d'un peu moins de 15% en dessous de 45 ans et d'un peu plus de 17% au dessus. Un effort doit donc être fait à cet âge. Il faudra majorer la communication vers cette cible.

L'âge du départ à la retraite (à plus ou moins 2 ans ½) : l'intérêt de cet âge c'est le changement de cap entre le statut d'actif (au sens de l'activité professionnelle) et celui du

« temps libre » sans contrainte professionnelle avec maintien d'une vie sociale dépendant de chacun. A cet âge, il importe de faire un point sur les expositions professionnelles passées (point de départ pour certains du suivi post-professionnel), de prendre en charge tous les facteurs de risque connus et d'avoir des traitements actifs pour les pathologies en cours. Cet âge est d'autant plus intéressant que les régimes de retraite initient leurs actions de prévention collective pour les jeunes retraités. La MSA qui assure également la branche retraite peut y jouer tout son rôle de guichet unique de la protection sociale.

74 ans : C'est vraiment le temps de l'accompagnement de l'avancée en âge et de la préservation de l'autonomie. L'espérance de vie des femmes (84 ans) et des hommes (78 ans) confirme que cette borne de 74 ans est intéressante. La ministre en charge des personnes âgées (Mme Delaunay) dans ses travaux pour la préservation de l'autonomie étudie la possibilité d'une action préventive à cette période.

Enfin, les 35-45 ans : Ils fréquentent plutôt mal les Instants Santé. Ils sont globalement assez en forme. Il faut trouver pour eux un argument motivant pour les amener à la prévention et c'est pour cette tranche d'âge que c'est difficile. Il faudrait profiter du contact fréquent avec la Santé au Travail pour les salariés et peut être initier des actions de prévention pour les non salariés, voire lors de leurs passages peu fréquents chez leur médecin traitant.

Les cibles en fonction des tranches d'âges :

Chez les jeunes, la prévention est centrée sur les conduites à risque et l'hygiène de vie à travers la prévention des conduites addictives (tabac, alcool, cannabis,...), la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST). Ensuite viennent la prévention des facteurs de risque notamment cardio-vasculaires, puis leur prise en charge et la prise en charge des pathologies débutantes à partir de 40-45 ans et les dépistages des cancers. Puis avec l'avancée en âge et l'approche de la retraite : la préservation du capital santé et enfin la préservation de l'autonomie à partir de 74 ans.

4. La concertation MSA - médecins généralistes.

a. Apport Assurance Maladie Obligatoire.

Chaque assuré du territoire déterminé a déclaré un médecin traitant (seulement moins de 5 % des assurés n'ont pas déclaré de médecin traitant). Doit donc être établi pour les médecins traitants de la zone géographique, une liste de leurs patients-assurés à la MSA. En parallèle, à l'aide des bases de remboursements MSA, doit être cherchée une liste d'assurés non consommateurs de soins (pas d'examen complémentaire remboursé, pas de consultation spécialisée et moins de 2 consultations chez les généralistes, ni de consultation dentaire sur 2 ou 3 ans de profondeur de base). Enfin, pour les patients chroniques et réguliers, doit être retenu le fait qu'ils sont en ALD, ou leur suivi ; pour cela, peuvent être

exploités les relevés annuels de prestations sociales (RAPS), que chaque assuré maladie est censé recevoir à son domicile en fin de période annuelle.

b. Apport médecins.

Une concertation entre la MSA et le médecin généraliste doit être effectuée pour ajuster les listes, et surtout permettre une bonne complémentarité et une juste coopération entre les deux acteurs (assurance maladie et offreurs de soins) pour répondre aux besoins des assurés MSA, qu'ils soient en ALD, consultants réguliers ou non consommateurs et non réguliers.

Le médecin, de son côté, apporte les données dont il dispose à l'aide de ses dossiers médicaux informatisés ou non (fiche de synthèse par exemple et/ou alertes préventives si elles ont été mises en place).

c. Echanges MSA - médecins généralistes.

Les échanges MSA - médecins généralistes permettent de classer les patients de chaque médecin généraliste en plusieurs groupes : les patients en ALD, les patients à suivi régulier et les non suivis. Ils nécessitent une communication différente pour l'invitation aux bilans de santé. De ce classement va aussi être tirée l'organisation de la phase préclinique : les médecins indiquent dans une liste limitative cadrée : Quelle biologie ? Quels tests ? Quelles explorations fonctionnelles ? Pour qui ?

d. Informations et contacts des assurés par la MSA.

Les assurés de la zone géographique retenue sont informés que la MSA lance, sur leur secteur, la campagne Instants Santé. Des informations leur sont communiquées sur les objectifs de ces Instants Santé, avec les priorités retenues par tranche d'âge, leur statut au regard de la consommation de soins, et l'intérêt pour eux de participer à cette démarche « globale » de santé, qui ne peut leur être que bénéfique, qu'ils soient chroniques (approche hors champ de leur pathologie) ou non consommateurs (recherche et prévention de ce qui peut les concerner avec quelques messages de mise en garde sur les conséquences de certaines négligences en matière de santé).

Les médecins généralistes traitants, ou mieux leur secrétariat, étant amenés à les contacter, il faudra les informer de cette possibilité.

Il faudra insister sur la nécessité de prendre un rendez-vous dédié pour ce type de consultation de prévention, qui est un acte long et spécifique, à ne pas confondre avec d'autres besoins de soins.

Enfin, les assurés doivent préparer leur bilan de prévention en remplissant en amont de la campagne Instants Santé, un formulaire adapté, qui permettra de déceler les besoins des personnes en matière de santé et prévention. Le traitement de ce formulaire permettra par scoring de cerner les besoins exprimés et aidera à orienter la partie tests et explorations.

A partir de là, il faudra confronter les données de consommation de soins, la concertation avec le médecin traitant et les besoins de l'assuré, de cette confrontation seront dégagés les tests et les explorations, ainsi que les actes biologiques à pratiquer à partir d'une liste prédéterminée.

5. Phase préclinique : réalisation des tests et des explorations.

En cas de difficulté de lecture, écriture ou problème de compréhension, il faudra aider l'assuré à réaliser son auto-questionnaire patient. Pour ce faire, 3 hypothèses sont plausibles :

- les secrétaires/assistantes des pôles et maisons de santé pluridisciplinaires ou cabinets de groupe,
- les IDE lorsque les médecins généralistes exercent de manière isolée,
- les agents MSA spécifiquement formés à cette activité pour les zones urbaines ou à très faible densité agricole (Metz, Nancy, Verdun, Epinal, voire le bassin houiller en Moselle ...).

Pour la prévention du tabagisme, il est possible de déléguer cette partie à des IDE pour les zones rurales et de la confier à une IDE vacataire dans les zones urbaines. Ce d'autant que la Lorraine a mis en place une démarche de formation au sevrage tabagique qui concerne un grand nombre de professionnels de santé et les IDE (Lorraine Stop Tabac, Dr F. RAPHAEL, Professeur honoraire de médecine générale).

Les tests cognitifs peuvent être confiés à des psychologues ou à des orthophonistes, voire à des IDE dans les mêmes conditions que précédemment, soit sur la zone concernée, soit en zone urbaine dans les structures MSA ou partenaires de la MSA. Même préalable une formation délivrée à ces professionnels.

Les explorations :

- Les orthoptistes peuvent réaliser les tonométries et les examens d'acuité visuelle. Dans les suites et sur prescription médicale, ils pourront effectuer également à l'aide d'un rétinographe non mydriatique des explorations et fonds d'œil, transmis à un ophtalmologiste par les moyens classiques de la télé expertise (à l'image de ce que fait l'orthoptiste de la MSP de Bulgnéville).
- Pour les explorations fonctionnelles respiratoires, une bonne formation à la pratique sera nécessaire, elle répondra d'ailleurs au Projet Régional de Santé Lorraine et à la mise en place du dépistage de la BPCO, et surtout, pour la MSA et les agriculteurs, au suivi de ce risque spécifique. Une analyse à distance par des experts pneumologues pourra même être développée à l'image de l'étude BM3R de la MSA (Professeurs DALPHIN et DEGANO, Besançon). (38)

- Pour la biologie, les laboratoires de proximité auront cette charge, avec les IDE locaux comme préleveurs. La MSA doit en effet, à terme, s'adapter aux nouvelles dispositions régissant la biologie (suite des travaux de M. BALLEREAUX). Elle ne devra plus traiter avec des prestataires de services éloignés et non régionaux (Paris, Toulouse,...), hors cadre des tarifs conventionnels régissant la NABM ; de ce fait, dans le respect de la logique de proximité, elle traitera avec les biologistes locaux.

Le cadre de ces tests, explorations et examens complémentaires sera inscrit dans une liste limitative. Si les besoins allaient au-delà, ils seront pris en compte dans le cadre des prescriptions classiques du secteur curatif.

La réalisation de ces tests et explorations pourrait, dans le cadre des pôles ou des MSP, être effectuée dans un même temps, lors de vacations ou demi-journées de prévention effectuées en équipe pluri-professionnelle, en regroupant les rendez-vous.

6. Consultation de prévention : la synthèse des Instants Santé par le médecin traitant.

Le médecin généraliste traitant assurera la synthèse de cette démarche de prévention. Il communiquera un document médical de synthèse aux services de la MSA, afin que cette dernière puisse en tirer quelques analyses au niveau national, régional et local de la santé de la population des assurés.

7. Actions de suite.

a. Actions individuelles.

A cette étape, des Instants Santé pourront être effectués au niveau individuel : des vaccinations, des parcours nutrition, de l'accompagnement psychologique en cas de marqueurs de dépression positifs, des examens complémentaires, voire des consultations spécialisées (dermatologie, pneumologie, ORL, cardiologie,...), des prises en charge de facteurs de risques, de pathologies, la mise en place de nouveaux traitements et suivis.

b. Actions collectives.

Des actions collectives pourront également être proposées : des prescriptions d'Education Thérapeutique pour certains chroniques (le risque cardiovasculaire, voire de l'éducation pluri-pathologique après la construction d'un programme de ce type, en cours actuellement, par l'unité de Bobigny en lien avec la MSA et certains professionnels de terrain, pour la Lorraine, la MSP de Vicherey), des actions nutrition, de l'activité physique avec des

éducateurs compétents en activité physique adaptée à la santé, des ateliers du bien vieillir, ateliers nutrition santé sénior, PEPS Eurêka.

8. Consultation anniversaire.

Dans l'année qui suit, il pourrait être intéressant de faire une consultation anniversaire pour faire le point sur les conclusions des Instants Santé, les nouveaux traitements mis en place, les suites des examens complémentaires et consultations spécialisées et les actions de suite et faire les rappels et accompagnements nécessaires si besoin.

9. Rémunérations des acteurs.

La rémunération des médecins généralistes pourrait passer de 1,5 C à 2 C du fait de leur contribution supplémentaire dans le cadre de l'étape concertation préalable à la phase préclinique. Cela répondrait par ailleurs aux demandes de certains professionnels. Pour les auxiliaires médicaux et les laboratoires, il faudra se référer aux tarifs conventionnels.

V. Conclusion.

Les résultats actuels des Instants Santé, malgré une fréquentation relativement faible, un profil de participants plutôt motivés et une adhésion modeste des médecins généralistes, sont satisfaisants pour les informations qu'ils apportent tant en matière individuelle que collective aux patients, aux médecins généralistes et à la MSA. En effet, des facteurs de risque et pathologies sont découverts, en découlent des conseils hygiéno-diététiques et des mises en route de traitements.

Les échanges avec les médecins généralistes montrent leur attachement à cette pratique préventive globale qui doit cependant être améliorée pour la rendre plus attractive grâce à une vraie complémentarité avec leur pratique quotidienne dans le cadre de l'offre de soins de premier recours.

L'assurance maladie obligatoire, et particulièrement la MSA peut y contribuer, en développant les bilans de santé dans un esprit de proximité et de coopération.

L'étape de concertation entre les partenaires de la médecine générale et l'assureur maladie est incontournable afin d'obtenir une approche préventive globale la plus complémentaire possible en exploitant au mieux les domaines de compétence et de connaissance de chacun des acteurs : l'assureur maladie connaît ses assurés, leur consommation et leur profil ; le médecin généraliste connaît ses patients, le contexte environnemental, social et peut aider à cibler les bilans.

La coopération des acteurs de santé des territoires de proximité doit être mise en œuvre dans le cadre de la dynamique de ces bilans de prévention, en déléguant aux auxiliaires médicaux des actes de la séquence préclinique et en confiant des actions de suivi et de suite à d'autres professionnels de santé. Le savoir faire et l'expérience de la MSA en matière de ruralité et d'offre de soins de proximité peuvent être un élément de réussite à l'inclusion de cette démarche dans des parcours de santé et de soins habituels pour les assurés en particulier ruraux. C'est la concrétisation de la mission globale des acteurs de l'offre de soins de premier recours.

De manière contemporaine à la dynamique territoriale ainsi créée du côté des professionnels de santé, il faut développer vers les assurés une communication multi-canal et interactive en exploitant tout le potentiel de la MSA : son échelon local et son guichet unique vers la médecine préventive, le contrôle médical, les médecins du travail, les conseillers en prévention des risques professionnels, les travailleurs sociaux, les conseillers en protection sociale. Il sera important de relancer les non participants en relation avec les cabinets médicaux.

Les contrats locaux de santé de l'ARS peuvent bénéficier de l'apport des Instants Santé et réciproquement. C'est dans cet esprit que les campagnes Instants Santé pourraient être relayées par des actions préventives collectives de type Education Thérapeutique du Patient (ETP) en particulier pluri-pathologique, de type ateliers d'éducation à la santé à visée

nutritionnelle ou autre, voire activité physique non spécifique ou adaptée à la santé. Enfin avec l'appui de l'échelon local de la MSA voire des élus des collectivités territoriales des zones rurales des actions portant sur le cadre de vie et des projets sociaux seraient envisageables.

Pour les territoires ruraux, la MSA a l'opportunité de déléguer quasi intégralement la réalisation des bilans de médecine préventive aux acteurs de proximité, en particulier les pôles de santé et maisons de santé pluri-professionnelles. Pour les zones urbaines ou à faible densité d'assurés MSA, il faut s'appuyer soit sur les espaces santé existants, soit organiser ces bilans de santé dans des locaux de la MSA ou mis à sa disposition.

Parmi les objectifs cibles de santé publique de la stratégie nationale de santé (33) se trouve le positionnement du médecin traitant comme pivot de la prévention et la mise en place d'une prévention globale tout au long de la vie, la politique de prévention de la MSA apparaît donc comme une réponse pertinente en terme de service à ses assurés. Les médecins généralistes appréciant leur rôle dans cette approche globale, il serait opportun d'introduire la logique de cette pratique dans les négociations conventionnelles liant les professionnels de santé à l'assurance maladie obligatoire. La MSA pourrait accompagner utilement cette évolution.

VI. Bibliographie

1. Définitions : prévention - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 7 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pr%C3%A9vention/63869>
2. FLAJOLET A. Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire. Paris: Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative; 2008.
3. Roussey M. Le dépistage néonatal - cours.pdf [Internet]. 2010 [cité 26 févr 2014]. Disponible sur: <http://umvf.univ-nantes.fr/genetique-medicale/enseignement/genetique13/site/html/cours.pdf>
4. Société Française de Santé Publique. (S.F.S.P.). Vandoeuvre-lès-Nancy. FRA. État des lieux des dépistages, des examens systématiques et des mesures de prévention prévus par des mesures législatives ou réglementaires. Vandoeuvre-Les-Nancy: SFSP; 2004 déc. 99p.
5. ROUGERON C, VINCELET C, LAURENCE M, Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Service des recommandations professionnelles. Saint-Denis. FRA. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatre, médecins de PMI et médecins scolaires. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005 sept. 15p.
6. DRESS, Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Données concernant la protection maternelle et infantile (PMI) [Internet]. 2013 [cité 14 févr 2014]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi,1202.html>
7. Ministère de l'Éducation Nationale. Décret no 91-1195 du 27 novembre 1991 portant dispositions statutaires applicables au corps des médecins de l'éducation nationale et à l'emploi de médecin de l'éducation nationale-conseiller technique [Internet]. 1991 [cité 15 janv 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006078315&dateTexte=20080513>
8. LAURENCE M, GOURBAIL L, BAUDOUX S, DOSQUET P, Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Service des recommandations professionnelles. Saint-Denis. FRA. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005 sept. 110p.
9. Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. Argumentaire. St Denis la Plaine: HAS; 2005 sept. 145p.
10. INRS. Médecin du travail et service de santé au travail [Internet]. inrs.fr. 2012 [cité 16 janv 2014]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/accueil/demarche/role/medecin.html>

11. HAS. Dépistage et prévention du cancer colorectal Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS) [Internet]. has-sante.fr. 2013 [cité 16 janv 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_colon-vfinale_2013-08-30_vf_mel_2013-08-30_12-18-6_653.pdf
12. Institut National du cancer. Le programme de dépistage organisé [Internet]. e-cancer.fr. 2014 [cité 1 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/depistage/depistage-du-cancer-colorectal/espace-professionnels-de-sante/le-programme-de-depistage-organise>
13. Institut National du Cancer. Le programme de dépistage organisé [Internet]. e-cancer.fr. 2013 [cité 16 janv 2014]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/depistage/depistage-du-cancer-du-sein/espace-professionnels-de-sante/le-programme-de-depistage-organise>
14. HAS. La participation au dépistage du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans en France [Internet]. HAS; 2011 [cité 16 janv 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/fiche_de_synthese_-_4_pages_-_participation_depistage_cancer_du_sein_2012-02-03_09-41-16_837.pdf
15. Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). 2013. 54p.
16. Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. 2010. 235p.
17. Chemlal K, Heard I. Prévention des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus [Internet]. Inpes; 2013 [cité 16 janv 2014]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1136.pdf>
18. L'Assurance Maladie. L'examen périodique de santé [Internet]. ameli.fr. 2011 [cité 16 janv 2014]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/assures/prevention-sante/l-examen-periodique-de-sante_meurthe-et-moselle.php
19. CMP Nancy. L'Examen Périodique de Santé ou EPS [Internet]. UC-Centre de Médecine Préventive. [cité 16 janv 2014]. Disponible sur: http://www.cmp.u-nancy.fr/CMP_SITE2/index.html
20. RSI. Bilan de prévention [Internet]. rsi.fr. en ligne [cité 21 févr 2014]. Disponible sur: <http://www.rsi.fr/sante/campagnes-de-prevention-rsi/bilan-de-prevention.html>
21. RSI. [depliant_bilan_prevention.pdf](http://www.rsi.fr/fileadmin/mediatheque/A_propos_du_RSI/Publication/Documentation/Sante/depliant_bilan_prevention.pdf) [Internet]. rsi.fr. en ligne [cité 17 janv 2014]. Disponible sur: http://www.rsi.fr/fileadmin/mediatheque/A_propos_du_RSI/Publication/Documentation/Sante/depliant_bilan_prevention.pdf

22. RSI. Le bilan de prévention Séniors [Internet]. rsi.fr. en ligne [cité 17 janv 2014]. Disponible sur: <http://www.rsi.fr/sante/campagnes-de-prevention-rsi/bien- vieillir/le-bilan-de-prevention-seniors.html>
23. RSI. Programme RSI Prévention Pro [Internet]. rsi.fr. en ligne [cité 17 janv 2014]. Disponible sur: <http://www.rsi.fr/sante/risques-professionnels/programme-rsi-prevention-pro.html>
24. RSI. RSI_prev_pro_assures.pdf [Internet]. Caisse nationale du RSI; 2013 [cité 17 janv 2014]. Disponible sur: http://www.rsi.fr/fileadmin/mediatheque/Sante/Pdf/RSI_prev_pro_assures.pdf
25. GAUTIER A, BERA N. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint Denis: Inpes; 2011.
26. Colombet I, Ménard J. Consultation de prévention en médecine générale : Quel cahier des charges ? Médecine, Vol 3, N°2. févr 2007. p. 79-82.
27. BAUDIER F, Haut Conseil de la Santé Publique. (H.C.S.P.). Paris. FRA. Consultations de prévention : Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement. Paris: HCSP; 2009 mars. 137p.
28. Assurance Maladie. Rémunération sur objectifs de santé publique: une mobilisation des médecins et de l'assurance maladie en faveur des soins [Internet]. Assurance Maladie; 2013 [cité 22 janv 2014]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Bilan_ROSP_1_an_11042013_VDEF3.pdf
29. Chevallier P, Colombet I, Wajs C, Leneuveut L, Chatellier G. Une consultation de prévention dédiée et structurée à l'aide d'un outil informatique Étude C-PRED-EsPeR : nouveau concept pour la vraie vie ? Exercer la revue française de médecine générale. 2008. p. 36-41.
30. MSA. Santé - Dépistage, vaccination, examens. Instants Santé [Internet]. msa.fr. 2013. Disponible sur: <http://www.msa.fr/lfr/web/msa/sante/instants-sante>
31. MSA. Etude et Statistiques - Etude et Synthèses - Santé. Les Instants Santé en 2011. [Internet]. msa.fr. Disponible sur: <http://www.msa.fr/lfr/web/msa/etudes-statistiques/etudes-syntheses/sante>
32. MSA. Programme national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires des professions agricoles. Bilans 2012, 2011, 2010.
33. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Stratégie Nationale de Santé [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-longue.pdf>
34. Aviso Conseil. Etude auprès des Médecins Généralistes Ruraux. Perception de la MSA. Attente en matière de partenariats. 2014 janv. p. 70.

35. Menares J. Facteurs de réponse des adhérents en 2005 à l'Examen de Santé proposé par la MSA. Résumé. MSA; 2005.
36. CNAMTS. Rapports charges et produits pour l'année 2014. [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2014.php>
37. Institut de Veille Sanitaire. Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants. Premiers résultats. InVS; 2013 sept. p. 26.
38. Dalphin J. Pathologies respiratoires: quels risques pour les professionnels de l'agriculture? Académie de Médecine. 2013.

VII. Annexes.

A. Auto-questionnaire en ligne 16-19 ans.

<p>Quel âge as-tu :</p> <input type="text"/>	<p>Département :</p> <input type="text"/>	<p>Sexe :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Homme<input type="radio"/> Femme	<p>Tu penses à ta santé :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Jamais<input type="radio"/> Quelques fois<input type="radio"/> Souvent<input type="radio"/> Très souvent
<p>Dans l'ensemble tu te sens :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> En pleine forme<input type="radio"/> En bonne santé<input type="radio"/> A peu près bien<input type="radio"/> Patraque	<p>Tu te sens généralement :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Très calme<input type="radio"/> Calme<input type="radio"/> Plutôt nerveux<input type="radio"/> Très nerveux	<p>Pour ton avenir en général, tu es :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Très rassuré<input type="radio"/> Rassuré<input type="radio"/> Inquiet<input type="radio"/> Très inquiet	<p>Tu te lies d'amitié :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Très facilement<input type="radio"/> Facilement<input type="radio"/> Difficilement<input type="radio"/> Très difficilement
<p>Bien s'entendre avec sa famille c'est :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Très facile<input type="radio"/> Facile<input type="radio"/> Pas facile<input type="radio"/> Difficile	<p>Bien s'entendre avec ses enseignants c'est :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Très facile<input type="radio"/> Facile<input type="radio"/> Pas facile<input type="radio"/> Difficile	<p>Bien s'entendre avec ses amis c'est :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Très facile<input type="radio"/> Facile<input type="radio"/> Pas facile<input type="radio"/> Difficile	<p>Partie suivante</p>

<p>Bien s'entendre avec une personne de l'autre sexe c'est :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Très facile <input type="radio"/> Facile <input type="radio"/> Pas facile <input type="radio"/> Difficile 	<p>Tu as un loisir qui te passionne?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> <input type="text"/> 	<p>Tu pratiques un ou des sports :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Individuel <input type="radio"/> D'équipe <input type="radio"/> Les deux <input type="radio"/> Pas de sport 	<p>Tu as un sommeil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Très bon <input type="radio"/> A peu près bon <input type="radio"/> Plutôt mauvais <input type="radio"/> Très mauvais
<p>La nuit tu dors en moyenne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Plus de 8 heures <input type="radio"/> Entre 6 et 8 heures <input type="radio"/> Moins de 6 heures 	<p>Tu as un appétit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Très bon <input type="radio"/> A peu près bon <input type="radio"/> Plutôt mauvais <input type="radio"/> Très mauvais 	<p>Tu considères que ton alimentation est :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Bien équilibré <input type="radio"/> A peu près bien <input type="radio"/> Mal équilibré <input type="radio"/> Je ne sais pas 	<p>Tu consacres au petit déjeuner, en moyenne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Plus de 30 minutes <input type="radio"/> Entre 15 et 30 minutes <input type="radio"/> Moins de 15 minutes <input type="radio"/> Pas de petit déjeuner
<p>Tu consacres au dîner, en moyenne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Plus de 30 min <input type="radio"/> Entre 15 et 30 min <input type="radio"/> Moins de 15 min <input type="radio"/> Je ne dine jamais 	<p>Tu fumes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Jamais <input type="radio"/> Occasionnellement <input type="radio"/> Tous les jours 	<p>Tu consommes des boissons alcoolisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Jamais <input type="radio"/> Occasionnellement <input type="radio"/> Tous les jours 	<p>Partie suivante</p>

<p>Souhaites-tu une information sur ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Alimentation <input type="radio"/> Tabac <input type="radio"/> Drogue <input type="radio"/> Alcool <input type="radio"/> MST <input type="radio"/> Suicide <input type="radio"/> Corps humain <input type="radio"/> Grossesse <input type="radio"/> Maternité <input type="radio"/> Contraception <input type="radio"/> <input type="text"/> 	<p>Au cours des 12 derniers mois, tu as déjà été en état d'ivresse ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Jamais <input type="radio"/> 1 ou 2 fois <input type="radio"/> Plus souvent 	<p>Tu es ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Lycée, <input type="radio"/> Etudiant <input type="radio"/> En apprentissage <input type="radio"/> En activité <input type="radio"/> Au chômage <input type="radio"/> <input type="text"/> 	<p>Combien as-tu de frères et soeurs ?</p> <input type="text"/>
<p>Quel est ton rang de naissance? (1er, 2e, 3e, etc.)</p> <input type="text"/>	<p>Tu habites avec ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tes deux parents <input type="radio"/> Un seul parent <input type="radio"/> Seul(e) <input type="radio"/> <input type="text"/> 	<p>Terminer</p>	

B. Auto-questionnaire en ligne 20-24 ans.

<p>Quel âge as-tu ?</p> <input type="text"/>	<p>Département ?</p> <input type="text"/>	<p>Sexe ?</p> <p><input type="radio"/> Homme</p> <p><input type="radio"/> Femme</p>	<p>Tu es ?</p> <p><input type="radio"/> Célibataire</p> <p><input type="radio"/> En couple</p>
<p>Tu habites ?</p> <p><input type="radio"/> Au domicile familial</p> <p><input type="radio"/> Autre</p>	<p>As-tu des enfants ?</p> <p><input type="radio"/> Oui</p> <p><input type="radio"/> Non</p>	<p>Si oui, combien ?</p> <p><input type="radio"/> 1</p> <p><input type="radio"/> 2</p> <p><input type="radio"/> 3</p> <p><input type="radio"/> <input type="text"/></p>	<p>Pratiques-tu une activité physique régulière (au moins 1 fois par semaine) :</p> <p><input type="radio"/> Oui</p> <p><input type="radio"/> Non</p>
<p>As-tu déjà eu ?</p> <p><input type="radio"/> Un accident de la voie publique (voiture, 2R...)</p> <p><input type="radio"/> 1 ou plusieurs accidents de sport</p> <p><input type="radio"/> Aucun accident de ce type</p>	<p>As-tu pris ou perdu beaucoup de poids au cours des 6 derniers mois ?</p> <p><input type="radio"/> Oui</p> <p><input type="radio"/> Non</p>	<p>As-tu un bon sommeil ?</p> <p><input type="radio"/> Oui</p> <p><input type="radio"/> Non</p>	<p>Partie suivante</p>

<p>Prends-tu des médicaments contre le stress ou la pression ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non 	<p>Penses-tu avoir une bonne vue ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non 	<p>Penses-tu avoir une bonne audition ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non 	<p>Fumes-tu ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<p>Bois-tu de l'alcool ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non 	<p>A combien estimes-tu le nombre de verres d'alcool bus en semaine ?</p> <input type="text"/>	<p>Combien de verres de weekend ou de fête ?</p> <input type="text"/>	<p>As-tu un(e) partenaire sexuel(le) régulier(ère) ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<p>Utilises-tu, toi-même ou ton/ta partenaire, une méthode de contraception ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non 	<p>Utilises-tu un préservatif lors de relations sexuelles avec un(une) partenaire occasionnel(le) ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non 	<p>Redoutes-tu un accident de la circulation ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Beaucoup <input type="radio"/> Parfois <input type="radio"/> Rarement <input type="radio"/> Jamais 	<p>Partie suivante</p>

<p>Redoutes-tu un accident de sport et de loisirs ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Souvent <input type="radio"/> Parfois <input type="radio"/> Rarement <input type="radio"/> Jamais 	<p>Redoutes-tu un accident dans ton travail ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Souvent <input type="radio"/> Parfois <input type="radio"/> Rarement <input type="radio"/> Jamais 	<p>Redoutes-tu de faire une dépression ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Souvent <input type="radio"/> Parfois <input type="radio"/> Rarement <input type="radio"/> Jamais 	<p>Redoutes-tu une maladie due à l'alcool ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Souvent <input type="radio"/> Parfois <input type="radio"/> Rarement <input type="radio"/> Jamais
<p>Redoutes-tu une maladie liée au tabac ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Souvent <input type="radio"/> Parfois <input type="radio"/> Rarement <input type="radio"/> Jamais 	<p>Redoutes-tu une infection sexuellement transmissible / le sida ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Souvent <input type="radio"/> Parfois <input type="radio"/> Rarement <input type="radio"/> Jamais 	<p>Redoutes-tu de faire une tentative suicide ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Souvent <input type="radio"/> Parfois <input type="radio"/> Rarement <input type="radio"/> Jamais 	<p>Si on te demande d'évaluer ton état de santé physique actuel par un nombre de 1 à 10, à quel niveau penses-tu te situer ?</p> <input type="text"/>
<p>As-tu un emploi stable ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non 	<p>Si tu travailles, quel type de contrat as-tu ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> CDI <input type="radio"/> CDD <input type="radio"/> Contrat de qualif. <input type="radio"/> Intérim/Saisonnier <input type="radio"/> Autre 	<p>Si tu ne travailles pas, es-tu ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Etudiant <input type="radio"/> En cours de formation <input type="radio"/> Recherche 1er emploi <input type="radio"/> Chômeur <input type="radio"/> Autre 	<p>Terminer</p>

A lire attentivement avant de remplir le questionnaire

Ce questionnaire comporte 4 pages, n'oubliez pas de répondre aux questions figurant au dos. Vos réponses seront lues par lecture optique. Utilisez de préférence un crayon à papier ou un stylo noir ou bleu (pas de rouge ni de vert) et faites un trait dans la case choisie selon ce modèle : et jamais les marques suivantes : car elles ne sont pas correctes et ne pourront pas être lues. En cas d'erreur, si vous avez utilisé un crayon à papier, effacez soigneusement à l'aide d'une gomme.

POUR COMMENCER...

1 Estimez-vous votre état de santé actuel comme étant : Très bon Bon Mauvais Très mauvais

1/ VOTRE SANTÉ EN QUELQUES CHIFFRES

2 Notez votre poids : kg 2
 3 Pensez-vous que votre poids est : Trop élevé Normal Trop faible 3
 4 Pensez-vous que votre tension artérielle est normale ? Oui Non Ne sais pas 4
 5 Si vous connaissez les chiffres de votre tension artérielle notez les : et 5
 6 Pensez-vous que votre taux de cholestérol est normal ? Oui Non Ne sais pas 6
 7 Si vous connaissez votre taux de cholestérol notez le : g/l 7
 8 Pensez-vous que votre taux de sucre dans le sang (glycémie) est normal ? Oui Non Ne sais pas 8
 9 Si vous connaissez votre taux de sucre dans le sang notez le : g/l 9

2/ VOS ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Une personne de votre famille proche (père, mère, frère, sœur, enfant) a-t-elle ou a-t-elle eu :

10 Une angine de poitrine, un infarctus du myocarde, une autre maladie du cœur Oui Non Ne sais pas 10
 11 Une attaque, une congestion cérébrale, un accident vasculaire cérébral Oui Non Ne sais pas 11
 12 Une hypertension artérielle Oui Non Ne sais pas 12
 13 Un diabète Oui Non Ne sais pas 13
 14 Un excès de cholestérol Oui Non Ne sais pas 14
 15 Un glaucome Oui Non Ne sais pas 15
 16 Un cancer du sein Oui Non Ne sais pas 16
 17 Un cancer de l'ovaire Oui Non Ne sais pas 17
 18 Un cancer du colon Oui Non Ne sais pas 18
 19 Un cancer de la peau (mélanome ou autre) Oui Non Ne sais pas 19
 20 Un cancer de la prostate Oui Non Ne sais pas 20
 21 Un autre cancer Oui Non Ne sais pas 21
 22 Si oui, lequel ? 22

3/ VOS ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Avez-vous ou avez-vous eu :

23 Une angine de poitrine, un infarctus du myocarde, une autre maladie du cœur Oui Non 23
 24 Une attaque, une congestion cérébrale, un accident vasculaire cérébral Oui Non 24
 25 Une hypertension artérielle Oui Non 25
 26 Un diabète Oui Non 26
 27 Un excès de cholestérol Oui Non 27
 28 Un glaucome Oui Non 28
 29 Un cancer du sein Oui Non 29
 30 Un cancer de l'ovaire Oui Non 30
 31 Un cancer du colon Oui Non 31
 32 Un cancer de la peau (mélanome ou autre) Oui Non 32
 33 Un cancer de la prostate Oui Non 33
 34 Un autre cancer Oui Non 34
 35 Si oui, lequel ? 35

4/ VOS FACTEURS DE RISQUE POUR AGIR

36 Fumez-vous ? Oui Non 36
 37 Si oui : Depuis combien d'années ? Années 37
 38 Combien de cigarettes par jour ? Cig./jour 38
 39 Souhaitez-vous arrêter de fumer ? Oui Non 39
 40 Si vous ne fumez pas : Êtes-vous exposé à la fumée des autres ? Oui Non 40
 41 Pensez-vous avoir une alimentation équilibrée ? Oui Non 41
 42 Consommez-vous au moins une fois par jour de la viande ou du poisson ou des œufs ? Oui Non 42
 43 Consommez-vous tous les jours des légumes et/ou des fruits ? Oui Non 43
 44 Consommez-vous tous les jours des produits laitiers (lait, yaourt, fromage...) ? Oui Non 44

(3) 45 - 64 ans

RÉSERVÉ À LA MSA

NUMERO D'EXAMEN

<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/>									

4/ VOS FACTEURS DE RISQUE POUR AGIR (suite)

45 Mangez-vous entre les repas ? Oui Non 45
 46 Avez-vous déjà fait ou faites-vous un régime ? Oui Non 46
 47 Buvez-vous au moins 1,5 litre de boisson non alcoolisée par jour ? Oui Non 47
 48 Buvez-vous des boissons sucrées ? Oui Non 48
 49 Combien de verres de boissons alcoolisées consommez-vous en moyenne par jour ? vj 49

1 verre =

VIN HAITS WHISKY CHAMPAGNE APERITIF BIÈRE

50 Votre activité professionnelle nécessite-t-elle des efforts physiques ? Oui Non 50
 51 Pratiquez-vous une activité physique (marche, vélo, jardinage...) ou sportive régulière ? Oui Non 51
 52 Si oui, combien d'heures par semaine en moyenne ? hrs/semaine 52

5/ REGARD SUR QUELQUES ÉLÉMENTS DE VOTRE QUALITÉ DE VIE

53 Estimez-vous avoir un bon sommeil ? Oui Non 53
 54 Si vous n'avez pas un bon sommeil, avez-vous des problèmes : Pour vous endormir 54-1
 De réveil la nuit 54-2
 Pour vous réveiller 54-3
 55 Prenez-vous des médicaments pour dormir ? Jamais Parfois Souvent Très souvent 55
 56 En dehors de la sieste avez-vous tendance à somnoler dans la journée ? Oui Non 56
 57 Votre compagnon ou votre compagne a-t-il (elle) signalé :
 58 • Des ronflements ? Oui Non 57
 58 • Des arrêts respiratoires pendant votre sommeil ? Oui Non 58
 59 Votre vie affective, familiale, vous satisfait-elle ? Oui Non 59
 60 Votre vie sexuelle vous satisfait-elle ? Oui Non 60
 61 Avez-vous perdu tout intérêt et plaisir pour la plupart des choses qui vous plaisent habituellement ? Oui Non 61
 62 Avez-vous perdu votre entrain, ou vous sentez-vous inexplicablement fatigué ? (ou vous sentez-vous déprimé ?) Oui Non 62
 63 Avez-vous des pertes d'urine à l'effort, en riant, en toussant... ? Oui Non 63
 64 Vous levez-vous au moins deux fois par nuit pour uriner ? Oui Non 64
 65 Pour les femmes : Avez-vous des troubles apparus à la ménopause ? Oui Non 65

6/ VOTRE TRAVAIL

66 Avez-vous une activité professionnelle régulière ? Oui Non 66
 67 Comment vous sentez-vous au travail ? Bien Assez bien Assez mal Mal 67
 68 Considérez-vous être stressé dans votre vie professionnelle ? Oui Non 68
 69 Pensez-vous avoir été, ou êtes-vous, exposé à des risques professionnels (bruit, port de charges, produits chimiques, phytosanitaires...) ? Oui Non Ne sais pas 69
 70 Si oui, lesquels : 70
 71 Dans votre activité professionnelle actuelle passez-vous des visites de médecine du travail ? Oui Non 71

Tournez la page SVP

F. Dossier médical 16-25 ans.



16 à 24 ans

DOSSIER MÉDICAL
Consultation de prévention



ASSURÉ

Département :

N° invariant affecté par le régime agricole :

N° INSEE de l'assuré :

N° INSEE du bénéficiaire :
(si différent de l'assuré : conjoint, ayant droit)

Date de naissance :

Sexe : Homme Femme

Statut : Exploitant Ayant droit d'exploitant Exploitant non actif
 Salié Ayant droit de salarié Salié non actif

MÉDECIN

Date de la consultation de prévention :

N° du praticien (à remplir par le médecin) :
(N° RPPS - 11 chiffres)

Cachet du Médecin

CCMSA - RM. : 10391-04/2013



16 à 24 ans

DOSSIER MÉDICAL
Consultation de prévention



DANS QUEL CADRE REMPLISSEZ-VOUS CE DOSSIER ?

La MSA offre à ses adhérents, tous les 10 ans, un bilan de prévention personnalisé pris en charge à 100%.
Dans le cadre de ce bilan, les adhérents sont invités à prendre RDV avec leur médecin traitant pour une consultation de prévention.

Les jeunes de 16 à 24 ans peuvent renseigner au préalable un auto questionnaire sur leur santé et leur hygiène de vie afin de les aider à préparer la consultation de prévention.

Ce dossier médical constitue un support pour la consultation de prévention.
Il est à renseigner par le médecin, en concertation avec son patient.

COMMENT REMPLIR CE DOSSIER ?

La MSA renseigne la rubrique « Assuré » du volet identification.

Le médecin traitant complète la partie « **Identification du médecin** » ainsi que les deux dernières pages du dossier médical.

Merci de veiller à :
- Inscrire les chiffres lisiblement, un chiffre par case.
- Utiliser le format jj/mm/aaaa pour les dates.
- Utiliser une pointe fine de couleur noire pour cocher les cases.
- Mettre une coche par case.

A QUI ADRESSER CE DOSSIER ?

A la fin de la consultation de prévention, une fois le dossier complété, le médecin traitant l'expédie au « **médecin de prévention** » de la MSA, dans un délai de 8 jours, en utilisant l'enveloppe T prévue à cet effet.

A QUOI SERT CE DOSSIER MÉDICAL ?

Les informations contenues dans le dossier médical permettront à la MSA de proposer des actions de prévention recommandées par le médecin lors de la consultation de prévention.

Le « médecin de prévention » de la MSA procède ensuite à l'anonymisation du dossier médical en séparant le volet identification du reste du dossier contenant les informations médicales.

Les informations de la partie médicale seront traitées informatiquement après anonymisation et serviront pour les études statistiques et épidémiologiques effectuées par la MSA.



16 à 24 ans

DOSSIER MÉDICAL
Consultation de prévention



N° invariant :

Sexe : Homme Femme

Département :

Année de naissance :

Statut : Exploitant Salié
 Ayant droit d'exploitant Ayant droit de salarié
 Exploitant non actif Salié non actif

N° du praticien (à remplir par le médecin) :

Date de la consultation de prévention :

1 Taille : cm

2 Poids : kg

3 Tension artérielle : TA min TA max

→ Santé physique

4 Existe-t-il des antécédents médicaux personnels importants ? OUI NON

5 Existe-t-il un handicap physique ? OUI NON

6 Est-il invalidant ? OUI NON

7 Est-il d'origine accidentelle ? OUI NON

8 Existe-t-il un déficit visuel ? OUI NON

9 Est-il correctement corrigé ? OUI NON

10 Une consultation ophtalmologique vous paraît-elle nécessaire ? OUI NON

11 Existe-t-il un déficit auditif ? OUI NON

12 Est-il correctement corrigé ? OUI NON

13 Une consultation O.R.L. vous paraît-elle nécessaire ? OUI NON

Existe-t-il aujourd'hui une ou des pathologies ?

14 cancéreuse OUI NON

15 cardiaque OUI NON

16 dermatologique OUI NON

17 digestive OUI NON

18 endocrinologique OUI NON

19 infectieuse OUI NON

20 malformative OUI NON

21 neurologique OUI NON

22 ostéo-articulaire, dont anomalie de la statique OUI NON

23 psychiatrique OUI NON

24 respiratoire OUI NON

25 autre OUI NON

26 Y a-t-il eu consultation dentaire dans les deux dernières années ? OUI NON

27 Si non, vous paraît-elle nécessaire ? OUI NON

28 Le calendrier vaccinal est-il à jour ? OUI NON

29 **Attribuez une note de 0 à 10 pour l'état de santé physique :**
(0 = état très défavorable, 10 = état très favorable)

→ Santé mentale

30 Y a-t-il régulièrement prise d'anxiolytiques ou d'antidépresseurs ? OUI NON

31 Existe-t-il des troubles du sommeil ? OUI NON

32 Une prise en charge psychiatrique ou psychologique doit elle être envisagée ? OUI NON

33 **Attribuez une note de 0 à 10 pour l'état de santé mentale :**
(0 = état très défavorable, 10 = état très favorable)

→ Bien-être et prévention

34 Y a-t-il consommation de tabac ? OUI NON

35 Y a-t-il consommation à risque d'alcool ? OUI NON

36 L'activité physique est-elle suffisante ? OUI NON

37 Le régime alimentaire est-il correct ? OUI NON

38 Avez-vous recommandé un « conseil nutritionnel » par la MSA ? OUI NON

39 La connaissance des maladies sexuellement transmissibles vous paraît-elle suffisante ? OUI NON

40 Existe-t-il des facteurs de risque en relation avec l'hépatite B ou C ou le VIH ? OUI NON

41 Y a-t-il une vaccination à jour contre l'hépatite B ? OUI NON

42 Un frottis cervico-vaginal a-t-il déjà été pratiqué ? OUI NON

43 Y a-t-il une contraception stable en cours ? OUI NON

44 La vie relationnelle vous paraît-elle équilibrée ? OUI NON

45 Une prise en charge sociale doit-elle être envisagée ? OUI NON

46 **Attribuez une note de 0 à 10 pour l'état de bien-être social :**
(0 = état très défavorable, 10 = état très favorable)

volet à détacher par le médecin de prévention MSA.

G. Dossier médical 25-44 ans.



25 à 44 ans

DOSSIER MÉDICAL
Consultation de prévention



ASSURÉ

Département :

N° de prélèvement :

Date du prélèvement :

N° invariant affecté par le régime agricole :

N° INSEE de l'assuré :

N° INSEE du bénéficiaire :
(si différent de l'assuré : conjoint, ayant droit)

Date de naissance :

Sexe : Homme Femme

Statut : Exploitant Ayant droit d'exploitant Exploitant non actif
 Salaré Ayant droit de salarié Salaré non actif

MÉDECIN

Date de la consultation de prévention :

N° du praticien (à remplir par le médecin) :
(N° RPPS - 11 chiffres)

Cachet du Médecin

CCMSA - Réf. : 9835-04/2013



25 à 44 ans

DOSSIER MÉDICAL
Consultation de prévention



DANS QUEL CADRE REMPLISSEZ-VOUS CE DOSSIER ?

La MSA offre à ses adhérents, tous les 10 ans, un bilan de prévention personnalisé pris en charge à 100 %.
Dans le cadre de ce bilan, les adhérents sont invités à prendre RDV avec leur médecin traitant pour une consultation de prévention.

Ils auront renseigné au préalable un auto questionnaire sur leur santé et leur hygiène de vie et réalisé un bilan sanguin et/ou des examens complémentaires, adaptés aux facteurs de risque liés à leur âge.

Ce dossier médical constitue, avec l'auto questionnaire et les résultats des examens, un support pour la consultation de prévention.
Il est à renseigner par le médecin, en concertation avec son patient, lors de la consultation de prévention.

COMMENT REMPLIR CE DOSSIER ?

La MSA renseigne la rubrique « Assuré » du volet identification.

Le médecin traitant complète la partie « **Identification du médecin** » ainsi que les deux dernières pages du dossier médical.

Merci de veiller à :

- Inscrire les chiffres lisiblement, un chiffre par case.
- Utiliser le format jj/mm/aaaa pour les dates.
- Utiliser une pointe fine de couleur noire pour cocher les cases.
- Mettre une coche par case.

A QUI ADRESSER CE DOSSIER ?

A la fin de la consultation de prévention, une fois le dossier complété, le médecin traitant l'expédie au « **médecin de prévention** » de la MSA, dans un délai de 8 jours, en utilisant l'enveloppe T prévue à cet effet.

A QUOI SERT CE DOSSIER MÉDICAL ?

Les informations contenues dans le dossier médical permettront à la MSA de proposer des actions de prévention recommandées par le médecin lors de la consultation de prévention.

Le « médecin de prévention » de la MSA procède ensuite à l'anonymisation du dossier médical en séparant le volet identification du reste du dossier contenant les informations médicales.

Les informations de la partie médicale seront traitées informatiquement après anonymisation et serviront pour les études statistiques et épidémiologiques effectuées par la MSA.



25 à 44 ans

DOSSIER MÉDICAL
Consultation de prévention



N° invariant :

Sexe : Homme Femme

Département :

Année de naissance :

Statut : Exploitant Salaré
 Ayant droit d'exploitant Ayant droit de salarié
 Exploitant non actif Ayant droit non actif

N° du praticien (à remplir par le médecin) :

Date de la consultation de prévention :

1 - Risque cardio-vasculaire

	Facteur de risque actuel		Découvert à l'occasion de ce bilan	
	OUI	NON	OUI	NON
Dyslipidémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète confirmé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HTA permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obésité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Périmètre abdominal élevé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents familiaux cardio-vasculaires au 1 ^{er} degré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sédentarité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabagisme actuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 - En dehors d'un éventuel risque cardio-vasculaire, ce bilan a-t-il permis de découvrir d'autres pathologies ? OUI NON

Si oui, dans quel(s) domaine(s) ?

<input type="checkbox"/> Troubles endocriniens et métaboliques	<input type="checkbox"/> Pathologies ORL et stomatologiques
<input type="checkbox"/> Pathologies de l'oeil et de la vision	<input type="checkbox"/> Pathologies gynécologiques
<input type="checkbox"/> Pathologies psychiatriques	<input type="checkbox"/> Pathologies urologiques
<input type="checkbox"/> Cancers	<input type="checkbox"/> Pathologies neuro-musculaires
<input type="checkbox"/> Pathologies ostéo-articulaires	<input type="checkbox"/> Pathologies du sang et des organes hématopoïétiques
<input type="checkbox"/> Pathologies broncho-pulmonaires et pleurales	<input type="checkbox"/> Pathologies cutanéomuqueuses
<input type="checkbox"/> Pathologies hépato-gastro-intestinales	<input type="checkbox"/> Autres pathologies...



25 à 44 ans

DOSSIER MÉDICAL
Consultation de prévention



3 - Au cours de cette consultation de prévention avez-vous prévu d'orienter votre patient vers une consultation :

→ d'aide au sevrage tabagique OUI NON

→ d'alcoolologie ou autre addictologie OUI NON

→ dans un centre de dépistage IST OUI NON

4 - Au cours de cette consultation de prévention avez-vous prévu de solliciter un avis spécialisé ? OUI NON

Si oui, dans quel(s) domaine(s) ?

<input type="checkbox"/> Troubles endocriniens et métaboliques	<input type="checkbox"/> Pathologies ORL et stomatologiques
<input type="checkbox"/> Pathologies cardiaques et vasculaires	<input type="checkbox"/> Pathologies gynécologiques
<input type="checkbox"/> Pathologies de l'oeil et de la vision	<input type="checkbox"/> Pathologies urologiques
<input type="checkbox"/> Pathologies psychiatriques	<input type="checkbox"/> Pathologies neuro-musculaires
<input type="checkbox"/> Cancers	<input type="checkbox"/> Pathologies du sang et des organes hématopoïétiques
<input type="checkbox"/> Pathologies ostéo-articulaires	<input type="checkbox"/> Pathologies cutanéomuqueuses
<input type="checkbox"/> Pathologies broncho-pulmonaires et pleurales	<input type="checkbox"/> Autres pathologies ...
<input type="checkbox"/> Pathologies hépato-gastro-intestinales	

5 - Au cours de cette consultation de prévention avez-vous réalisé ou programmé une mise à jour des vaccinations ? OUI NON

6 - Au cours de cette consultation de prévention avez-vous recommandé à votre patient(e) :

→ un bilan bucco-dentaire OUI NON

→ un frottis du col de l'utérus OUI NON

→ un ou d'autres dépistages OUI NON

7 - Au cours de cette consultation de prévention avez-vous recommandé à votre patient(e) :

→ un « conseil nutritionnel » proposé par la MSA OUI NON

→ un contact avec le médecin du travail de la MSA OUI NON

→ un contact avec le service d'action sociale de la MSA OUI NON

8 - A l'issue de cette consultation de prévention, avez-vous initié un nouveau suivi ou traitement pour votre patient(e) ? OUI NON

9 - Avez-vous une ou des remarques que vous souhaitez communiquer au médecin chargé des examens de santé de la MSA ?

volet à coller par le médecin de prévention MSA.

H. Dossier médical 45-64 ans.



45 à 64 ans

DOSSIER MÉDICAL
Consultation de prévention



ASSURÉ

Département :

N° de prélèvement :

Date du prélèvement :

N° invariant affecté par le régime agricole :

N° INSEE de l'assuré :

N° INSEE du bénéficiaire :
(si différent de l'assuré : conjoint, ayant droit)

Date de naissance :

Sexe : Homme Femme

Statut : Exploitant Ayant droit d'exploitant Exploitant non actif
 Salarier Ayant droit de salarié Salarier non actif

MÉDECIN

Date de la consultation de prévention :

N° du praticien (à remplir par le médecin) ;
(N° RPPS - 11 chiffres) :

Cachet du Médecin

CCMSA - RM : 9836-04/2013



45 à 64 ans

DOSSIER MÉDICAL
Consultation de prévention



DANS QUEL CADRE REMPLISSEZ-VOUS CE DOSSIER ?

La MSA offre à ses adhérents, tous les 10 ans, un bilan de prévention personnalisé pris en charge à 100 %.
Dans le cadre de ce bilan, les adhérents sont invités à prendre RDV avec leur médecin traitant pour une consultation de prévention.

Ils auront renseigné au préalable un auto questionnaire sur leur santé et leur hygiène de vie et réalisé un bilan sanguin et/ou des examens complémentaires, adaptés aux facteurs de risque liés à leur âge.

Ce dossier médical constitue, avec l'auto questionnaire et les résultats des examens, un support pour la consultation de prévention. Il est à renseigner par le médecin, en concertation avec son patient, lors de la consultation de prévention.

COMMENT REMPLIR CE DOSSIER ?

La MSA renseigne la rubrique « Assuré » du volet identification.

Le médecin traitant complète la partie « **Identification du médecin** » ainsi que les deux dernières pages du dossier médical.

Merci de veiller à :

- Inscrire les chiffres lisiblement, un chiffre par case.
- Utiliser le format jj/mm/aaaa pour les dates.
- Utiliser une pointe fine de couleur noire pour cocher les cases.
- Mettre une coche par case.

A QUI ADRESSER CE DOSSIER ?

A la fin de la consultation de prévention, une fois le dossier complété, le médecin traitant l'expédie au « **médecin de prévention** » de la MSA, dans un délai de 8 jours, en utilisant l'enveloppe T prévue à cet effet.

A QUOI SERT CE DOSSIER MÉDICAL ?

Les informations contenues dans le dossier médical permettront à la MSA de proposer des actions de prévention recommandées par le médecin lors de la consultation de prévention.

Le « médecin de prévention » de la MSA procède ensuite à l'anonymisation du dossier médical en séparant le volet identification du reste du dossier contenant les informations médicales.

Les informations de la partie médicale seront traitées informatiquement après anonymisation et serviront pour les études statistiques et épidémiologiques effectuées par la MSA.

voir à détacher par le médecin de prévention MSA.



45 à 64 ans

DOSSIER MÉDICAL
Consultation de prévention



N° invariant :

Sexe : Homme Femme

Département :

Année de naissance :

Statut : Exploitant Salarier
 Ayant droit d'exploitant Ayant droit de salarié
 Exploitant non actif Ayant droit non actif

Date de la consultation de prévention :

N° du praticien (à remplir par le médecin) :

1 - Risque cardio-vasculaire

	Facteur de risque actuel		Découvert à l'occasion de ce bilan	
	OUI	NON	OUI	NON
Dyslipidémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète confirmé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HTA permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obésité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Périmètre abdominal élevé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age/sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents familiaux cardio-vasculaires au 1° degré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sédentarité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabagisme actuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 - En dehors d'un éventuel risque cardio-vasculaire, ce bilan a-t-il permis de découvrir d'autres pathologies ? OUI NON

Si oui, dans quel(s) domaine(s) ?

<input type="checkbox"/> Troubles endocriniens et métaboliques <input type="checkbox"/> Pathologies de l'oeil et de la vision <input type="checkbox"/> Pathologies psychiatriques <input type="checkbox"/> Cancers <input type="checkbox"/> Pathologies ostéo-articulaires <input type="checkbox"/> Pathologies broncho-pulmonaires et pleurales <input type="checkbox"/> Pathologies hépto-gastro-intestinales	<input type="checkbox"/> Pathologies ORL et stomatologiques <input type="checkbox"/> Pathologies gynécologiques <input type="checkbox"/> Pathologies urologiques <input type="checkbox"/> Pathologies neuro-musculaires <input type="checkbox"/> Pathologies du sang et des organes hématopoïétiques <input type="checkbox"/> Pathologies cutanéomuqueuses <input type="checkbox"/> Autres pathologies...
---	---



45 à 64 ans

DOSSIER MÉDICAL
Consultation de prévention



3 - Au cours de cette consultation de prévention avez-vous prévu d'orienter votre patient vers une consultation ?

→ d'aide au sevrage tabagique OUI NON

→ d'alcoolologie ou autre addictologie OUI NON

→ dans un centre de dépistage IST OUI NON

4 - Au cours de cette consultation de prévention avez-vous prévu de solliciter un avis spécialisé ? OUI NON

Si oui, dans quel(s) domaine(s) ?

<input type="checkbox"/> Troubles endocriniens et métaboliques <input type="checkbox"/> Pathologies cardiaques et vasculaires <input type="checkbox"/> Pathologies de l'oeil et de la vision <input type="checkbox"/> Pathologies psychiatriques <input type="checkbox"/> Cancers <input type="checkbox"/> Pathologies ostéo-articulaires <input type="checkbox"/> Pathologies broncho-pulmonaires et pleurales <input type="checkbox"/> Pathologies hépto-gastro-intestinales	<input type="checkbox"/> Pathologies ORL et stomatologiques <input type="checkbox"/> Pathologies gynécologiques <input type="checkbox"/> Pathologies urologiques <input type="checkbox"/> Pathologies neuro-musculaires <input type="checkbox"/> Pathologies du sang et des organes hématopoïétiques <input type="checkbox"/> Pathologies cutanéomuqueuses <input type="checkbox"/> Autres pathologies ...
---	--

5 - Au cours de cette consultation de prévention avez-vous réalisé ou programmé une mise à jour des vaccinations ? OUI NON

6 - Au cours de cette consultation de prévention avez-vous recommandé à votre patient(e) :

→ un bilan bucco-dentaire OUI NON

→ un frottis du col de l'utérus OUI NON

→ une mammographie OUI NON

→ un dépistage du cancer du colon OUI NON

→ un ou d'autres dépistages OUI NON

7 - Au cours de cette consultation de prévention avez-vous recommandé à votre patient(e) :

→ un « conseil nutritionnel » proposé par la MSA OUI NON

→ un contact avec le médecin du travail de la MSA OUI NON

→ un contact avec le service d'action sociale de la MSA OUI NON

8 - A l'issue de cette consultation de prévention, avez-vous initié un nouveau suivi ou traitement pour votre patient(e) ? OUI NON

9 - Avez-vous une ou des remarques que vous souhaitez communiquer au médecin chargé des examens de santé de la MSA ?

I. Dossier médical 65-74 ans.



65 à 74 ans

DOSSIER MÉDICAL
Consultation de prévention



ASSURÉ

Département :

N° de prélèvement :

Date du prélèvement :

N° invariant affecté par le régime agricole :

N° INSEE de l'assuré :

N° INSEE du bénéficiaire :
(si différent de l'assuré : conjoint, ayant droit)

Date de naissance :

Sexe : Homme Femme

Statut : Exploitant Ayant droit d'exploitant Exploitant non actif
 Salaré Ayant droit de salarié Salaré non actif

MÉDECIN

Date de la consultation de prévention :

N° du praticien (à remplir par le médecin) :
(N° RPPS - 11 chiffres)

Cachet du Médecin

CCMSA - Réf. : 11000-04/2013



65 à 74 ans

DOSSIER MÉDICAL
Consultation de prévention



DANS QUEL CADRE REMPLISSEZ-VOUS CE DOSSIER ?

La MSA offre à ses adhérents, tous les 10 ans, un bilan de prévention personnalisé pris en charge à 100 %.

Dans le cadre de ce bilan, les adhérents sont invités à prendre RDV avec leur médecin traitant pour une consultation de prévention.

Ils auront renseigné au préalable un auto questionnaire sur leur santé et leur hygiène de vie et réalisé un bilan sanguin et/ou des examens complémentaires, adaptés aux facteurs de risque liés à leur âge.

Ce dossier médical constitue, avec l'auto questionnaire et les résultats des examens, un support pour la consultation de prévention. Il est à renseigner par le médecin, en concertation avec son patient, lors de la consultation de prévention.

COMMENT REMPLIR CE DOSSIER ?

La MSA renseigne la rubrique « Assuré » du volet identification.

Le médecin traitant complète la partie « **Identification du médecin** » ainsi que les deux dernières pages du dossier médical.

Merci de veiller à :

- Inscrire les chiffres lisiblement, un chiffre par case.
- Utiliser le format j/mm/aaaa pour les dates.
- Utiliser une pointe fine de couleur noire pour cocher les cases.
- Mettre une coche par case.

A QUI ADRESSER CE DOSSIER ?

A la fin de la consultation de prévention, une fois le dossier complété, le médecin traitant l'expédie au « **médecin de prévention** » de la MSA, dans un délai de 8 jours, en utilisant l'enveloppe T prévue à cet effet.

A QUOI SERT CE DOSSIER MÉDICAL ?

Les informations contenues dans le dossier médical permettront à la MSA de proposer des actions de prévention recommandées par le médecin lors de la consultation de prévention.

Le « médecin de prévention » de la MSA procède ensuite à l'anonymisation du dossier médical en séparant le volet identification du reste du dossier contenant les informations médicales.

Les informations de la partie médicale seront traitées informatiquement après anonymisation et serviront pour les études statistiques et épidémiologiques effectuées par la MSA.

volet à détacher par le médecin de prévention MSA.



65 à 74 ans

DOSSIER MÉDICAL
Consultation de prévention



N° invariant :

Sexe : Homme Femme

Département :

Année de naissance :

Statut : Exploitant Salaré
 Ayant droit d'exploitant Ayant droit de salarié
 Exploitant non actif Ayant droit non actif

Date de la consultation de prévention :

N° du praticien (à remplir par le médecin) :

1 - Risque de dépendance

Votre patient (même après correction ou traitement) présente-t-il des altérations :

<input type="checkbox"/> de l'audition	<input type="checkbox"/> de la mémoire
<input type="checkbox"/> de l'équilibre	<input type="checkbox"/> de la fonction respiratoire
<input type="checkbox"/> de la vision	<input type="checkbox"/> de la continence urinaire
<input type="checkbox"/> du sommeil	

Votre patient présente-t-il :

- une ostéoporose avec risque de fracture
- une diminution de la mobilité
- des signes d'isolement familial et/ou social
- des signes de dépression
- des risques ou signes de dénutrition
- des risques médicamenteux (non-observance, auto ou poly médication)

2 - En dehors d'un éventuel risque de dépendance, ce bilan a-t-il permis de découvrir d'autres pathologies ? OUI NON

Si oui, dans quel(s) domaine(s) ?

<input type="checkbox"/> Troubles endocriniens et métaboliques	<input type="checkbox"/> Pathologies ORL et stomatologiques
<input type="checkbox"/> Pathologies cardiaques et vasculaires	<input type="checkbox"/> Pathologies gynécologiques
<input type="checkbox"/> Pathologies de l'oeil et de la vision	<input type="checkbox"/> Pathologies urologiques
<input type="checkbox"/> Pathologies psychiatriques	<input type="checkbox"/> Pathologies neuro-musculaires
<input type="checkbox"/> Cancers	<input type="checkbox"/> Pathologies du sang et des organes hématopoiétiques
<input type="checkbox"/> Pathologies ostéo-articulaires	<input type="checkbox"/> Pathologies cutanéomuqueuses
<input type="checkbox"/> Pathologies broncho-pulmonaires et pleurales	<input type="checkbox"/> Pathologies hépato-gastro-intestinales
<input type="checkbox"/> Pathologies hépato-gastro-intestinales	<input type="checkbox"/> Autres pathologies...



65 à 74 ans

DOSSIER MÉDICAL
Consultation de prévention



3 - Au cours de cette consultation de prévention avez-vous prévu d'orienter votre patient vers une consultation :

- d'aide au sevrage tabagique OUI NON
- d'alcoolologie ou autre addictologie OUI NON
- dans un centre de dépistage IST OUI NON

4 - Au cours de cette consultation de prévention avez-vous prévu de solliciter un avis spécialisé ? OUI NON

Si oui, dans quel(s) domaine(s) ?

<input type="checkbox"/> Troubles endocriniens et métaboliques	<input type="checkbox"/> Pathologies ORL et stomatologiques
<input type="checkbox"/> Pathologies cardiaques et vasculaires	<input type="checkbox"/> Pathologies gynécologiques
<input type="checkbox"/> Pathologies de l'oeil et de la vision	<input type="checkbox"/> Pathologies urologiques
<input type="checkbox"/> Pathologies psychiatriques	<input type="checkbox"/> Pathologies neuro-musculaires
<input type="checkbox"/> Cancers	<input type="checkbox"/> Pathologies du sang et des organes hématopoiétiques
<input type="checkbox"/> Pathologies ostéo-articulaires	<input type="checkbox"/> Pathologies cutanéomuqueuses
<input type="checkbox"/> Pathologies broncho-pulmonaires et pleurales	<input type="checkbox"/> Autres pathologies ...
<input type="checkbox"/> Pathologies hépato-gastro-intestinales	

5 - Au cours de cette consultation de prévention avez-vous réalisé ou programmé une mise à jour des vaccinations ? OUI NON

6 - Au cours de cette consultation de prévention avez-vous recommandé à votre patient(e) :

- un bilan bucco-dentaire OUI NON
- un frottis du col de l'utérus OUI NON
- une mammographie OUI NON
- un dépistage du cancer du colon OUI NON
- un ou d'autres dépistages OUI NON

7 - Au cours de cette consultation de prévention avez-vous recommandé à votre patient(e) :

- un « conseil nutritionnel » proposé par la MSA OUI NON
- un contact avec le service d'action sociale de la MSA OUI NON

8 - A l'issue de cette consultation de prévention, avez-vous initié un nouveau suivi ou traitement pour votre patient(e) ? OUI NON

9 - Avez-vous une ou des remarques que vous souhaitez communiquer au médecin chargé des examens de santé de la MSA ?

J. Statistiques des Instants Santé MSA lorrains 2008-2012.

2008	Population invitée aux examens de santé*	Population convoquée à l'examen prémédical	Population ayant réalisé l'examen prémédical	Population ayant réalisé la consultation de prévention	Ratio participants/invités
SA	3103	756	605	469	15,1%
NSA	4698	1699	1458	1093	23,3%
54	2970	803	678	498	16,8%
55	962	391	317	274	28,5%
57	1706	545	466	330	19,3%
88	2163	716	602	460	21,3%
Région	7801	2455	2063	1562	20,0%
Homme	4755	1459	1228	914	19,2%
Femme	3046	996	835	648	21,3%
16-19 ans	537	-	-	62	11,5%
20-24 ans	375	-	-	21	5,6%
16-24 ans	912	-	-	83	9,1%
25-34 ans	799	188	135	83	10,4%
35-44 ans	1271	394	319	206	16,2%
45-54 ans	1576	560	480	310	19,7%
55-64 ans	1462	614	518	392	26,8%
65-74 ans	1781	699	611	488	27,4%

2009	Population invitée aux examens de santé*	Population convoquée à l'examen prémédical	Population ayant réalisé l'examen prémédical	Population ayant réalisé la consultation de prévention	Ratio participants/invités
SA	2838	724	543	403	14,2%
NSA	4300	1585	1263	944	22,0%
54	1457	633	530	422	29,0%
55	1207	449	332	296	24,5%
57	1976	545	406	240	12,1%
88	2498	682	538	389	15,6%
Région	7138	2309	1806	1347	18,9%
Homme	4246	1354	1051	773	18,2%
Femme	2892	955	755	574	19,8%
16-24 ans	966	-	-	120	12,4%
25-34 ans	672	152	110	53	7,9%
35-44 ans	1053	352	274	168	16,0%
45-54 ans	1398	538	413	275	19,7%
55-64 ans	1503	632	516	356	23,7%
65-74 ans	1546	635	493	375	24,3%

2010	Population invitée aux examens de santé*	Population convoquée à l'examen prémédical	Population ayant réalisé l'examen prémédical	Population ayant réalisé la consultation de prévention	Ratio participants/invités
SA	2057	552	395	335	16,3%
NSA	4604	1524	1242	945	20,5%
54	1180	361	290	227	19,2%
55	1198	527	345	302	25,2%
57	2391	660	570	430	18,0%
88	1892	528	432	321	17,0%
Région	6661	2076	1637	1280	19,2%
Homme	4061	1312	1051	804	19,8%
Femme	2600	764	586	476	18,3%
16-24 ans	912	-	-	106	11,6%
25-34 ans	680	147	113	71	10,4%
35-44 ans	949	329	260	164	17,3%
45-54 ans	1122	452	347	232	20,7%
55-64 ans	1603	638	514	390	24,3%
65-74 ans	1395	510	403	317	22,7%

2011	Population invitée aux examens de santé*	Population convoquée à l'examen prémédical	Population ayant réalisé l'examen prémédical	Population ayant réalisé la consultation de prévention	Ratio participants/invités
SA	4106	1098	873	626	15,2%
NSA	3287	946	691	547	16,6%
54	2197	622	471	333	15,2%
55	902	418	293	259	28,7%
57	2704	671	511	341	12,6%
88	1590	333	289	240	15,1%
Région	7393	2044	1564	1173	15,9%
Homme	4691	1264	972	711	15,2%
Femme	2702	780	592	462	17,1%
16-24 ans	728	-	-	84	11,5%
25-34 ans	769	161	110	72	9,4%
35-44 ans	1128	306	235	155	13,7%
45-54 ans	1471	480	384	247	16,8%
55-64 ans	1717	583	445	317	18,5%
65-74 ans	1580	514	390	298	18,9%

2012	Population invitée aux examens de santé*	Population convoquée à l'examen prémédical	Population ayant réalisé l'examen prémédical	Population ayant réalisé la consultation de prévention	Ratio participants/invités
SA	4612	1175	872	525	11,4%
NSA	3320	1060	814	462	13,9%
54	2318	542	412	274	11,8%
55	977	431	302	230	23,5%
57	2241	653	512	269	12,0%
88	2396	609	460	214	8,9%
Région	7932	2235	1686	987	12,4%
Homme	5102	1412	1067	603	11,8%
Femme	2830	823	619	384	13,6%
16-24 ans	835	-	-	78	9,3%
25-34 ans	1066	200	140	55	5,2%
35-44 ans	1215	337	240	124	10,2%
45-54 ans	1613	525	415	218	13,5%
55-64 ans	1796	669	506	293	16,3%
65-74 ans	1407	504	385	219	15,6%

K. Questionnaire focus groups médecins généralistes.

1. Quelle est votre pratique préventive classique ?
 - a. Vos cibles ?
 - b. Les tranches d'âge ?
2. Connaissez-vous les bilans de prévention des régimes d'assurance maladie obligatoire et leurs conditions de réalisation?
 - a. Régime général : oui – non
 - b. Régime des indépendants : oui – non
 - c. Régime agricole : oui – non
3. Quelle est la différence avec les dépistages organisés ?
4. Le régime agricole déléguant aux médecins généralistes les parties clinique et synthèse de son bilan, la réalisation de cette consultation de prévention est-elle facile à intégrer dans la pratique?
5. Ce bilan de santé est-il redondant avec la pratique de prévention des généralistes ?

6. Est-ce un moment réellement dédié à la prévention, ou un acte cumulé avec un acte de soin (la double facturation étant autorisée) ?
7. Combien de temps consacrez-vous à cet acte de prévention ?
8. Que pensez-vous de la rémunération de cet acte qui est de 1,5 C ? (En comparaison avec d'autres rémunérations : paiement à l'acte, forfait, consultations longues, forfait ALD,...)
9. Pensez-vous que les résultats des Instants Santé apportent aux médecins généralistes des informations nouvelles sur l'état de santé de leurs patients qui y participent ? Si oui, lesquelles ?
10. Quels sont les apports :
 - a. De la biométrie (mesure de la taille, du poids, de la tension artérielle, du pouls, des calculs qui en découlent : IMC,...) ?
 - b. De la biologie ?
 - c. Des explorations fonctionnelles (audiométrie, acuité visuelle, EFR) ?
11. Avez-vous suite à une consultation de prévention mis en place un nouveau traitement chez l'un de vos patients ? A quelle fréquence ?
12. Avez-vous suite à une consultation de prévention mis à jour les vaccinations de l'un de vos patients ? A quelle fréquence ?
13. Avez-vous, suite à une consultation de prévention effectué un bilan complémentaire ou proposé une consultation spécialisée chez l'un de vos patients ? A quelle fréquence ?
14. Quels sont les intérêts des Instants Santé (pour les non consommant, les patients non réguliers, les patients chroniques) ?
15. Quels en sont les inconvénients ?
16. Quels sont les éléments qui devraient figurer dans le bilan des Instants Santé ?
17. Quels éléments, faisant partie du bilan des Instants Santé, ne sont pas pertinents ?
18. Pensez-vous que les bilans de santé devraient être réalisés d'une autre manière ? Si oui, laquelle ?
19. Quelle communication conseilleriez-vous pour améliorer la fréquentation des patients aux examens de santé de la MSA ?

L. Premier focus group : Cirey-sur-Vezouze le 3 octobre 2013.

1. Quelle est votre pratique préventive classique ? (cibles et tranches d'âge)

Elle dépend de l'âge :

Chez les jeunes, c'est surtout le sport et le certificat de non contre indication à l'activité physique avec le suivi du cœur, de la respiration, de la colonne vertébrale.

Il y a également :

- Le tabac.

- Les plaies et la mise à jour des vaccinations.

Pour les patients chroniques, la pratique préventive est orientée en fonction des pathologies.

La pratique préventive est aussi fonction du morphotype, voire de l'obésité, dans ce cas, on incite à faire un bilan biologique.

En général, les maladies chroniques sont suivies correctement selon les référentiels, souvent il n'y a pas de suivi supplémentaire.

Chez les personnes âgées et en EHPAD : on s'attache plus au suivi de la dénutrition avec le dosage de l'albumine, au suivi des chutes et selon l'état cognitif, à la suppression des traitements « inutiles ».

2. Connaissez-vous les bilans de prévention des régimes d'assurance maladie obligatoire et leurs conditions de réalisation ?

- a. Régime général :

Il y a peu d'informations du régime général sur leurs cibles alors qu'il y a des retours d'informations sur les résultats.

La prévention est fonction de l'âge et semble s'orienter vers la précarité.

- b. Régime des indépendants :

Il y a eu une information récente du RSI sur l'orientation professionnelle.

- c. Régime agricole :

Le bilan du régime agricole est connu. Souvent, les médecins généralistes rappellent les patients pour lesquels une anomalie est décelée sur le bilan ; cependant les assurés ne viennent pas forcément chercher leurs résultats.

3. Quelle est la différence avec les dépistages systématiques organisés (DSO) ?

Dans les DSO les médecins généralistes sont peu impliqués. Ils font des relances pour les Hémocults.

Les dépistages sont organisés en fonction de l'âge et du sexe.

Dans les bilans de médecine préventive : ce qui est intéressant, c'est de savoir qui participe aux Instants Santé MSA.

4. Le régime agricole déléguant aux médecins généralistes les parties cliniques et synthèse de son bilan, la réalisation de cette consultation de prévention est-elle facile à intégrer dans la pratique ?

Les patients ne venant pas uniquement pour cela, ou le précisant quand ils sont venus pour autre chose, l'intégration n'est pas facile dans la pratique quotidienne.

Il y a un problème de temps et de débordement, donc de cumul avec l'activité habituelle dans un emploi du temps contraint.

5. Ce bilan de santé est-il redondant avec la pratique de prévention des généralistes ?

Oui, c'est plutôt redondant ; ceux qui viennent sont ceux qui sont souvent le mieux suivi, donc ça apporte peu.

Il y a un apport sur les vaccinations, sur la consommation d'alcool.

Les auto-questionnaires médicaux sont assez complets et intéressants car les médecins généralistes ne pensent pas toujours à poser, à aborder certains sujets comme le sommeil, la dépression en particulier ; ce questionnaire de base permet de rebondir sur certaines choses.

6. Est-ce un moment réellement dédié à la prévention, ou un acte cumulé avec un acte de soin (la double facturation étant autorisée) ?

Le plus souvent, c'est une activité cumulée ; quand ils viennent, nous les gardons...

Parfois si le patient vient pour ses résultats de prévention spontanément.

Sinon, il y a proposition d'un rendez-vous ultérieur pour une prochaine consultation pour bien explorer les résultats.

Le cumul de l'activité est fréquent, mais il y a peu de cumul d'actes C + 1,5 C ; possibilité de cumul d'actes qu'ils ne connaissent d'ailleurs pas.

7. Combien de temps consacrez-vous à cet acte de prévention ?

Une consultation de prévention, quand elle est dédiée, dure 15 mn...

Quand elle est cumulée avec une autre activité (deux en un), 20 à 25 mn.

8. Que pensez-vous de la rémunération de cet acte qui est de 1,5 C ? (en comparaison avec d'autres rémunérations : paiement à l'acte, forfait, consultations longues, forfait ALD,...)

C 1,5 : c'est bien payé. Cela gêne certains qui estiment qu'ils ne font rien de plus.

Le questionnaire de base permet de rebondir sur certaines choses, c'est un des avantages de cette consultation.

9. Pensez-vous que les résultats des Instants Santé apportent aux médecins généralistes des informations nouvelles sur l'état de santé de leurs patients qui y participent ? Si oui, lesquelles ?

Il y a un avantage, c'est l'auto-questionnaire médical en particulier.

Un apport sur la consommation d'alcool, elle est plus « importante » que lorsque le médecin pose lui-même la question.

Ça permet de se poser la question du frottis.

Pour les adolescents, là aussi, l'auto-questionnaire est utile au regard des questions que le médecin n'a pas l'habitude d'aborder dans sa pratique.

Il y a l'intérêt de voir les ados sans leurs parents.

10. Quels sont les apports :

- a. De la biométrie (mesure de la taille, du poids, de la tension artérielle, du pouls, des calculs qui en découlent : IMC, ...) ?

Il n'y a plutôt pas d'apport chez les patients connus et réguliers ; c'est différent si les patients sont peu connus et pas suivis.

- b. De la biologie ?

Il y a un apport chez ceux que l'on ne voit jamais ou peu, c'est plutôt redondant chez ceux qui sont bien suivis.

- c. Des explorations fonctionnelles (audiométrie, acuité visuelle, EFR) ?

Les explorations fonctionnelles apportent beaucoup car ce n'est pas fait en consultation normale.

L'audiométrie a un apport très important.

L'acuité visuelle : les médecins généralistes font un peu... (cf. faible démographie en ophtalmologie dans le secteur).

Pour la fonction respiratoire, c'est un apport très important, en particulier l'EFR perturbée chez un jeune est une alerte, les médecins généralistes pratiquent seulement un peu le peak-flow (débit de pointe).

11. Avez-vous, suite à une consultation de prévention, mis en place un nouveau traitement chez l'un de vos patients ? A quelle fréquence ?

C'est arrivé, mais pas fréquemment. Souvent les anomalies signalées sont déjà connues (cholestérol par exemple).

12. Avez-vous, suite à une consultation de prévention, mis à jour les vaccinations de l'un de vos patients ? A quelle fréquence ?

Plus fréquemment. Une critique concerne la limitation, par la MSA, de la prise en charge du seul vaccin antitétanique. Intérêt des autres vaccins...

13. Avez-vous, suite à une consultation de prévention, effectué un bilan complémentaire ou proposé une consultation spécialisée chez l'un de vos patients ? A quelle fréquence ?

La proposition d'un bilan complémentaire chez les spécialistes est faite, mais peu souvent, réalisée quand c'est nécessaire (c'est l'un des intérêts de cette démarche de prévention).

14. Quels sont les intérêts des Instants Santé (pour les non consommateurs, les patients non réguliers, les patients chroniques) ?

L'intérêt est important pour les non consommateurs et les non réguliers.

Il y a un intérêt de l'auto-questionnaire médical en particulier pour certaines questions : sommeil, dépression, sexualité, incontinence urinaire d'effort (IUE), même parfois pour les antécédents, en particulier familiaux.

Il y a peu d'intérêt chez les chroniques, chez qui on ne traite que la pathologie chronique et pour lesquels les médecins ne se posent pas assez de questions sur certaines choses, sauf, peut-être, les frottis et vaccins.

L'idée serait de faire une concertation antérieure, préliminaire à la campagne de prévention, ce qui permettrait d'échanger des informations sur certains patients.

15. Quels en sont les inconvénients ?

Le retard dans les « consultations », surtout quand le rendez-vous n'est pas pris dans ce cadre.

La redondance et son surcoût potentiel qui pourrait être utilisé par ailleurs.

16. Quels sont les éléments qui devraient figurer dans le bilan des Instants Santé ?

Le dosage du PSA.

La radio pulmonaire de temps en temps.

Si le patient est diabétique, peut-être faire une hémoglobine glyquée (HbA1c).

Le bilan ophtalmologique.

Systematiser la consultation dentaire.

Il y a un grand intérêt de l'auto-questionnaire médical : les antécédents familiaux sont intéressants ainsi que les conduites à risques.

Il y a le problème, pour les chroniques, de la concertation préalable pour complémentarité entre médecin généraliste et médecin de prévention.

Un bilan de l'ostéoporose, en rapport avec l'action de prévention proposée par le Régime Local Alsace-Moselle (Moussey).

17. Quels éléments, faisant partie du bilan des Instants Santé, ne sont pas pertinents ?

Il n'y a rien de non pertinent ; le bilan est globalement bien complet pour quelqu'un qui n'est pas ou peu suivi.

Le coût perdu qui pourrait être utilisé à d'autres fins quand le bilan biologique est redondant.

Un meilleur ciblage permettrait de faire des économies.

Pourquoi deux modes de travail parallèles? Pourquoi ne pas adresser au médecin généraliste une conduite à tenir pour telle tranche d'âge (un bon de consultation par l'assurance maladie).

La mise à jour des vaccinations et un bilan biologique dans un cadre donné, le tout payé par l'assurance maladie obligatoire.

Les médecins généralistes ne pouvant pas tout gérer, il est important qu'un intervenant extérieur propose au patient de consulter son médecin traitant pour un bilan de prévention ; il faut peut-être prévoir des journées de prévention.

Pour les jeunes, il y a un apport de la pertinence de l'auto-questionnaire médical pour la consommation d'alcool et de tabac.

Pour les bilans du régime général, il y a le problème des troubles ECG, les anomalies de la repolarisation... et la quasi obligation de consultation cardiologique...

18. Pensez-vous que les bilans de santé devraient être réalisés d'une autre manière ? Si oui, laquelle ?

Il faudrait organiser une concertation très importante avec les médecins traitants.

Faire une proposition de tout déléguer ou par étape :

- un bilan chez le médecin généraliste et/ou un bilan à faire dans une structure
- à partir d'une prise en charge orientée, cadrée, proposée par l'assurance maladie,
- ce qui permettrait une mise à jour du dossier patient et une prescription individualisée, avec un ciblage des questions avec le médecin traitant pour les inscrits.

Le bon de prise en charge serait adressé au médecin traitant, ainsi il demanderait ce qui est le plus intéressant pour le patient.

Cette pratique permettrait de bien différencier la consultation de prévention des autres consultations.

19. Quelle communication conseilleriez-vous pour améliorer la fréquentation des patients aux examens de santé de la MSA ?

Il faudrait communiquer avec les médecins traitants au préalable, en les prévenant que leurs patients vont faire des bilans de santé, voir les éléments à approfondir, le ciblage.

Une communication ciblée tendant à une concertation pour aboutir à une complémentarité et coopération : médecin traitant / bilan de prévention.

Cette concertation « papier » pourrait être rémunérée 0,5 C.

M. Deuxième focus group : Saint-Mihiel le 24 octobre 2013.

1. Quelle est votre pratique préventive classique ? (cibles et tranches d'âge)

a. Vos cibles ?

Tout d'abord, il y a une distinction :

- Les non consommateurs, vierges de tout suivi, pas connu.
- Les pathologies familiales : avec l'importance de l'information familiale, en particulier pour les pathologies héréditaires, il faut « marteler » les parents.
- Les patients connus, à suivi systématique : il faut porter une attention particulière à ce qui est hors suivi systématique, parfois en fonction de l'espérance de vie pour les patients chroniques.
- Les patients peu connus : on doit les attraper au passage... (« attraper les patients qui passent »).

Le scotome de la patientèle, ce sont les patients peu connus et pas connus.

Il existe différentes situations de prévention :

- Le « check up » des 40 ans avec une prise de sang pour faire le point.
- Les attestations sportives, une fois par an.
- Les vaccinations, les addictions, les conduites à risque.
- Les recommandations en fonction des facteurs de risques : la pratique est diffuse, pas ciblée mais adaptée (les IST, les addictions dont le tabac, l'alcool..., les ados, les jeunes femmes avec les grossesses...), les cibles sont diffuses de la prévention primaire à la prévention tertiaire.
- La prévention diluée dans la pratique.

Il y a différentes pratiques :

- L'affichage dans le cabinet et les cycles d'affichage en fonction des saisons... de l'actualité (idem avec les prospectus...).
- La prévention diluée dans la pratique, il n'y a pas de « cibles » au sens propre, elle est fonction du temps disponible, pas forcément organisée en tranches d'âge.
- Il n'y a pas de recommandations par la Haute Autorité de Santé de bonnes pratiques.
- L'intérêt de la pratique pluri-professionnelle avec des dossiers partagés : le pied diabétique et la coopération avec les podologues, la pratique du « post-it », du pense-bête en groupe (la relecture par l'autre, la veille complémentaire et coopérative).
- L'intérêt de la tenue du dossier du patient.

- L'éducation globale peu ciblée par rapport à l'éducation thérapeutique, plus attentive et attentionnée.

b. Les tranches d'âges ?

Les adolescents, les quadragénaires, le certificat de non contre-indication à la pratique du sport, les familles, les jeunes femmes et la grossesse.

2. Connaissez-vous les bilans de prévention des régimes d'assurance maladie obligatoire et leurs conditions de réalisation ?

Peu de patients, au global, y participent, ou plutôt c'est peu fréquent dans la pratique du médecin généraliste.

Les bilans sont connus plus ou moins globalement, succinctement.

a. Régime général :

Le retour du courrier du régime général (Centres d'Examens de Santé) est bien connu.

La cible est plutôt les populations en situation de précarité ou d'insertion, mais les patients sont peu consommateurs et il y a peu de participation dans chaque clientèle.

Certains patients (fidèles des CES) doivent faire eux même la demande.

Il y a eu un changement de pratique entre les années 1980 et 2000.

Il y a un contact avec les patients uniquement si la conclusion du CES montre une anomalie.

b. Régime des indépendants :

Les bilans sont plutôt peu connus.

Il y a eu un courrier récent présentant le nouveau système de prévention, avec un ciblage professionnel en fonction des catégories d'activités, de métiers : coiffeurs, carrossiers, boulangers...

Les médecins généralistes sont sensibles à cette idée de risque professionnel.

c. Régime agricole :

Il est connu mais peu fréquent, l'intérêt réside dans la délégation de la partie clinique.

3. Quelle est la différence avec les dépistages systématiques organisés (DSO)?

Attention au terme «obligatoire» et «organisé» : les seuls dépistages obligatoires sont ceux de la naissance (test de Guthrie chez le nouveau-né) et la recherche d'anticorps irréguliers pour les transfusions.

Les DSO ont une seule pathologie ciblée : le cancer.

La thématique est ciblée, médiatisée (TV, radio, journaux, courriers, affiches).

Ils ciblent des tranches d'âge à risque.

L'organisation est très cadrée par rapport à une pratique globale dispersée.

La vraie différence est la logique du test : le test est positif ou négatif et les DSO sont pratiqués s'il y a une capacité à traiter.

4. Le régime agricole déléguant aux médecins généralistes les parties cliniques et synthèse de son bilan, la réalisation de cette consultation de prévention est-elle facile à intégrer dans la pratique ?

Un rendez-vous spécifique serait bien, avec une consultation dédiée.

Sinon, elle est pratiquée entre deux patients, dans le flux des consultations, la démarche est délicate et gênante (perturbante).

Le patient doit, devrait annoncer le motif (le pourquoi) de la consultation lors de la prise de rendez-vous.

La MSA doit être plus explicative pour préparer ses assurés à cela ; il y a une grande importance de l'annonce de la campagne de prévention (la consultation dure 30 mn quand le médecin est prévenu à l'avance).

Le gros problème c'est le planning des médecins traitants, la charge de travail et la difficulté d'intégration dans les journées.

Il y a un intérêt à la pratique de groupe, en Maison de Santé Pluridisciplinaire en particulier, pour cette activité, pour plusieurs raisons dont :

- la possibilité d'organiser une matinée (ou 1/2 journée) dédiée à cette activité de médecine préventive.
- la possibilité de développer les techniques d'exploration ou les tests (ECG, EFR... audiométrie... tests...).
- l'intérêt de la planification : un programme de prévention pour l'année... avec une possible meilleure efficacité.

5. Ce bilan de santé est-il redondant avec la pratique de prévention des généralistes ?

Oui, il est souvent redondant, sur certains points, mais il y a un intérêt au systématisme (obligeant à un balayage... global) ; c'est jamais inutile...

La redondance est différente entre l'auto-questionnaire médical, la biométrie, les tests et la biologie.

La biologie est la plus fréquemment redondante, contrairement aux auto-questionnaires médicaux, aux tests et à la biométrie.

L'intérêt de la biologie systématique est posé ; la question de sa rentabilité étant posée, l'idée serait d'organiser la possibilité d'un contact en amont (avant) avec le médecin généraliste, avec la possibilité dans un « cadre contenu », de compléter par ce qui n'a pas déjà été fait : coordination MSA/médecin généraliste, car la redondance ne porte pas toujours sur la même chose.

Pour l'auto-questionnaire médical, il y a un véritable intérêt de certaines questions (sommeil, humeur...), thèmes souvent non abordés dans la pratique quotidienne, mais l'utilité est fonction de l'honnêteté et de la sincérité du patient.

Les bilans non biologiques (explorations et tests) sont très intéressants car pas souvent faits en médecine générale.

6. Est-ce un moment réellement dédié à la prévention, ou un acte cumulé avec un acte de soin (la double facturation étant autorisée) ?

C'est un acte dédié réellement si le patient a pris un rendez-vous spécifique.

Le cumul est non souhaité, non souhaitable avec une autre activité, mais certains praticiens gardent le patient de peur qu'il ne vienne pas plus tard pour cette consultation de prévention. Certains donnent un rendez-vous plus tard, si le patient se présente de façon spontanée, en précisant « vous auriez dû me prévenir ».

En général, il n'y a pas de double facturation (C + 1,5 C), pas de cumul.

7. Combien de temps consacrez-vous à cet acte de prévention ?

La durée est de 30 minutes en moyenne, soit l'équivalent de deux rendez-vous de médecine générale courante.

Quelquefois, les médecins préparent à l'avance la consultation de prévention.

8. Que pensez-vous de la rémunération de cet acte qui est de 1,5 C ? (en comparaison avec d'autres rémunérations : paiement à l'acte, forfait, consultations longues, forfait ALD,...)

½ heure payée 1,5 C c'est honnête, mais plutôt 2 C, ce qui correspondrait mieux au temps et à l'implication.

L'intérêt de la demi-journée ou matinée de prévention est l'abandon de la logique d'acte, pour une logique de forfaitisation et l'intérêt de l'échange avec la MSA, l'agent MSA...

L'identification de l'acte à travers les papiers n'est pas facile. Il y a une nécessaire simplification de la tâche avec l'informatisation.

9. Pensez-vous que les résultats des Instants Santé apportent aux médecins généralistes des informations nouvelles sur l'état de santé de leurs patients qui y participent ? Si oui, lesquelles ?

« Ça me sert ce genre de truc »...

Il y a un intérêt à ce bilan pour le suivi prospectif sur l'année.

Il n'y a pas d'apport fondamental, mais une utilité pour quelques informations nouvelles sur la santé des patients, sans grosses découvertes.

C'est surtout utile :

- pour les addictions (tabac, alcool...) (« Ah, oui, quand même ! »).
- pour les thématiques (humeur, sommeil, sexualité,... humeur et syndrome dépressif).
- pour la meilleure perception des habitudes de vie du patient, d'hygiène de vie.

Cependant, attention pour les addictions à la possible sous-estimation et à la surestimation des troubles de l'humeur, peut-être en lien avec le boulot...

Certains praticiens pensent que les assurés croient que les questionnaires médicaux sont destinés à la caisse ou aux employeurs indirectement, d'où la surestimation potentielle...

(Petit échange sur le lien employeur – médecin traitant...)

10. Quels sont les apports :

- a. De la biométrie (mesure de la taille, du poids, de la tension artérielle, du pouls, des calculs qui en découlent : IMC, ...) ?

La taille est mesurée régulièrement chez les enfants mais plus rarement chez les adultes en médecine générale. Deux fois par an pour les personnes de 50 ans et plus dans le cadre de l'ostéoporose. Il y a l'intérêt de la taille chez les personnes âgées (Hello Doc ?)

- b. De la biologie ?

Il y a une redondance de la biologie, surtout chez les patients chroniques suivis régulièrement ; c'est intéressant pour d'autres (non consommateurs...). Il faudrait un lien avec la R.O.S.P. pour une comptabilisation dans l'indicateur.

- c. Des explorations fonctionnelles (audiométrie, acuité visuelle, EFR) ?

Les EFR sont particulièrement intéressantes. Ça permet une réintroduction dans le champ de l'activité du médecin généraliste, un tri positif. Avant, c'était dans la pratique de quelques uns et quelques fois... Le problème vient du temps de pratique des tests et du coût des appareils. La question est « Comment faire avec les résultats ? » Certains médecins généralistes sont démunis sur la suite pour l'envoi au médecin spécialiste. Ils conseillent à la MSA d'aider à la suite. Là aussi, il y a un intérêt à l'exercice de groupe, en MSP en pôle...

11. Avez-vous, suite à une consultation de prévention, mis en place un nouveau traitement chez l'un de vos patients ? A quelle fréquence ?

Oui, ça a déjà été fait mais pas souvent. Il n'y a pas de vrais souvenirs suite à des bilans MSA. Souvent ça permet une relance de la vigilance...

12. Avez-vous, suite à une consultation de prévention, mis à jour les vaccinations de l'un de vos patients ? A quelle fréquence ?

Les vaccinations sont très fréquentes, surtout le tétanos.

13. Avez-vous, suite à une consultation de prévention, effectué un bilan complémentaire ou proposé une consultation spécialisée chez l'un de vos patients ? A quelle fréquence ?

Des consultations spécialisées sont quelques fois demandées ; « Ça fait partie du tout », ce qu'il faut est fait : ORL, cardio...

14. Quels sont les intérêts des Instants Santé (pour les non consommateurs, les patients non réguliers, les patients chroniques) ?

Pour les non consommateurs, c'est un possible point d'accroche, donc utile car ils sont « fuyants » du système et des médecins traitants en particulier. Attention aux pratiques des pharmaciens et à leurs coins consultations.

Pour les non réguliers, c'est utile aussi ; ça les ramène au cabinet.

Pour les chroniques, l'intérêt c'est les oublis de suivi global, liés à la focalisation trop importante sur la pathologie et ses conséquences, d'où l'obligation de s'interroger sur le suivi des chroniques (logique des rappels des choses à faire, des alertes et des « post-it »).

Le « danger du suivi des chroniques » c'est de devenir un « médecin d'organe ou de maladie » et de négliger l'approche globale, le reste.

15. Quels en sont les inconvénients ?

Pour les patients :

Il n'y a pas d'inconvénient pour les adolescents, ils sont reconnus, on s'intéresse à eux.

Il y a un grand intérêt à informer les médecins généralistes sur le questionnaire électronique.

Le problème est pour les patients qui ne savent pas lire ni écrire, les non francophones (il n'y a pas de traduction...).

Il y a aussi un problème de compréhension de certaines questions, ou d'interprétation.

Il y a un inconvénient pour les patients anxieux qui peuvent penser qu'ils vont avoir ou ont des pathologies graves en fonction de ce qu'ils répondent, d'où une surmédicalisation de certains.

Pour les médecins :

Il y a un problème de temps : c'est une pratique chronophage.

Il y a aussi le problème de redondance surtout de la biologie et des antécédents.

Attention aux dépistages systématiques organisés (DSO) des cancers du sein, colorectaux et à la pratique courante des médecins généralistes dans le cadre de la prévention du risque cardio-vasculaire, il y a un petit risque de démobilitation des médecins généralistes à la prévention autre.

16. Quels sont les éléments qui devraient figurer dans le bilan des Instants Santé ?

- Il faudrait mieux communiquer sur les recommandations en prévention, en fonction des tranches d'âge et du sexe. Le problème est l'absence de recommandation.
- La traduction de l'invitation et du questionnaire pour les non francophones.
- Poser la question: Pourquoi les patients ont rempli l'auto-questionnaire médical ?
- Il faudrait transmettre aux médecins généralistes la liste de leurs patients « Médecin Traitant » non venus et n'ayant pas donné de réponse...

17. Quels éléments, faisant partie du bilan des Instants Santé, ne sont pas pertinents ?

Le bilan biologique est redondant surtout chez les patients chroniques assez bien suivis ; peut-être même aussi les antécédents, connus du médecin généraliste.

18. Pensez-vous que les bilans de santé devraient être réalisés d'une autre manière ? Si oui, laquelle ?

Pour les non répondants, il faudrait les rappeler avec un double au médecin traitant.

Il faudrait un retour vers les médecins traitants des listes des non inscrits, des non venus, des non présentés et des non consultants.

Une lettre de relance avec double au médecin traitant.

Pour les difficultés de ciblage et les biais de recrutement, la coopération avec le médecin traitant pourrait être utile, le médecin traitant connaissant le contexte (social, familial, professionnel), l'utilité d'un travail en amont avec le médecin généraliste.

Pour les locaux, possibilité d'unité de lieu dans les Maisons de Santé Rurales (MSR) et Pluridisciplinaires (MSP) ou Pôles pour réaliser les examens de santé de médecine préventive.

Cela contribuerait à la réhabilitation des espaces de soins en espaces de santé, avec la possibilité de croiser les médecins généralistes pour les non consommateurs, et ainsi de rentrer dans la structure pour peut-être y retourner par la suite.

L'affichage en salle d'attente pour démystifier le tabou prévention ; un affichage en amont des bilans de médecine préventive pour inciter à la participation, lors des passages au cabinet.

La cohabitation prévention - soins faciliterait le bon remplissage des auto-questionnaires médicaux en relation avec le médecin traitant ou un autre professionnel de santé.

Il y a un intérêt pour une réentrée dans les soins aussi grâce aux travailleurs sociaux en les réintroduisant dans les MSP ; idem avec la présence de la médecine du travail dans certaines MSR.

19. Quelle communication conseilleriez-vous pour améliorer la fréquentation des patients aux examens de santé de la MSA ?

L'information dans les salles d'attente des médecins généralistes.

L'information des médecins traitants de la réalisation des Instants Santé dans leur secteur pour leurs patients.

Les associations de patients dans les pôles de santé pour l'animation de ces bilans (animation par les pairs) qui pourraient amener une possible meilleure adhésion.

Le ciblage de certaines populations avec les médecins ; l'aide du médecin à la question : pourquoi il n'a pas répondu, pas adhéré à la démarche ? L'amélioration du filtrage par la connaissance du contexte.

L'intérêt peut être de la présence des travailleurs sociaux en MSPR pour contribuer au retour vers le système de soins. (A l'exemple du chèque alimentaire, en lien avec la prévention).

L'intérêt pour les non consommateurs de la pratique en MSR ou Pôle des bilans de santé, car ça aide à renouer avec le système de soins.

Il faudrait faciliter l'implication des patients dans les pôles de santé : « les patients parlent aux patients ».

N. Troisième focus group : Vicherey le 26 novembre 2013.

1. Quelle est votre pratique préventive classique ? (cibles et tranches d'âge)

On ne fait pas la même prévention fonction des tranches d'âge :

L'hémocult, la mammographie, les vaccins, le poids, le risque cardiovasculaire, un bilan biologique.

C'est fait en vrac, ce qui vient en premier à l'esprit.

Le PSA de moins en moins (il ne faut pas le faire).

L'alimentation, la glycémie à jeun pour le dépistage.

En fonction de l'âge :

- Les vaccins : en fonction du calendrier vaccinal.
- La prévention des addictions, le tabac, les MST pour les jeunes.
- Pour les personnes âgées : les dépistages : mammographie, hémocult.

2. Connaissez-vous les bilans de prévention des régimes d'assurance maladie obligatoire et leurs conditions de réalisation ?

a. Régime général ?

Les médecins ignorent comment ça se passe : sur convocation ou demande de l'assuré pour aller au CES à Vandoeuvre.

La médecine préventive : c'est souvent ceux qui sont les mieux suivis, les plus anxieux, qui en ont le moins besoin qui y vont.

Ca permet des dépistages : audition, examen dentaire, suivi du calendrier vaccinal.

Les patients peuvent demander à y participer.

b. Régime des indépendants (RSI) ?

Les médecins ont reçu une ou deux feuilles d'information sur le centrage sur les risques par profession.

Les informations sont bien faites.

Les bilans sont faits par vagues.

Ils ne savent pas comment ça se passe. Comment sont convoqués les patients ?

c. Régime agricole (MSA) ?

Il y a un questionnaire, une prise de sang.

La sollicitation est faite par mail ou courrier.

Le questionnaire est accessible en ligne avec un code d'accès Internet.

L'un des médecins a eu, sur le groupe de communes, une dizaine de dossiers.

3. Quelle est la différence avec les dépistages systématiques organisés (DSO)?

Les dépistages organisés sont ciblés sur une pathologie bien spécifique comme par exemple, une mammographie ou un Hémocult, tous les deux ans.

4. Le régime agricole déléguant aux médecins généralistes les parties cliniques et synthèse de son bilan, la réalisation de cette consultation de prévention est-elle facile à intégrer dans la pratique ?

Oui, par voie électronique c'est facile.

Oui, même par voie de courrier papier.

Pour une prévention efficace, il serait bien d'organiser une consultation dédiée, sinon le médecin n'a pas une bonne posture (différence : posture soignant / posture préventive).

Les patients sont reconvoqués s'ils viennent pour autre chose.

5. Ce bilan de santé est-il redondant avec la pratique de prévention des généralistes ?

Oui, c'est redondant en ce qui concerne la biologie.

Pour les plus âgés, les retraités, c'est redondant.

Il n'y a pas de cas de patient non connu.

6. Est-ce un moment réellement dédié à la prévention, ou un acte cumulé avec un acte de soin (la double facturation étant autorisée) ?

Quand les patients demandent une consultation spécifique pour un bilan MSA lors de la prise de rendez-vous auprès de la secrétaire : c'est un moment dédié à la prévention.

Une fois ou deux, la consultation est cumulée.

C'est trop long lorsqu'il s'agit de coupler une consultation pour renouvellement de traitement et la consultation de prévention.

Le cumul C + 1,5 C n'est jamais pratiqué.

7. Combien de temps consacrez-vous à cet acte de prévention ?

15 minutes en moyenne, rarement plus.

8. Que pensez-vous de la rémunération de cet acte qui est de 1,5 C ? (en comparaison avec d'autres rémunérations : paiement à l'acte, forfait, consultations longues, forfait ALD,...)

Tous leurs actes ne sont déjà pas cotés.

C'est super bien payé.

C'est normal.

9. Pensez-vous que les résultats des Instants Santé apportent aux médecins généralistes des informations nouvelles sur l'état de santé de leurs patients qui y participent ? Si oui, lesquelles ?

Ça peut arriver, par rapport aux troubles de l'audition notamment.

Sur les questions pas suffisamment posées, comme les troubles de l'humeur, du sommeil, l'isolement.

C'est intéressant pour la sexualité et les addictions.

10. Quels sont les apports :

- a. De la biométrie (mesure de la taille, du poids, de la tension artérielle, du pouls, des calculs qui en découlent : IMC, ...) ?

C'est fait tout le temps en consultation de médecine générale, donc, il n'y a pas d'apport.

- b. De la biologie ?

Il y a un apport pour les jeunes en bonne santé.

c. Des explorations fonctionnelles (audiométrie, acuité visuelle, EFR) ?

Ce qui apporte surtout c'est les explorations fonctionnelles.

Le plus grand apport vient du questionnaire : il y a plein de questions que l'on ne pose pas régulièrement.

La consommation d'alcool n'est pas quantifiée.

Les patients boivent tous, fument tous un peu.

Pour le Syndrome d'Apnée Obstructive du Sommeil (SAOS), c'est intéressant.

Chez le médecin généraliste, les patients ne viennent pas pour le sommeil, les troubles de l'humeur ou la vie sexuelle.

11. Avez-vous, suite à une consultation de prévention, mis en place un nouveau traitement chez l'un de vos patients ? A quelle fréquence ?

C'est peu fréquent.

Sur les troubles de l'audition, ils mettent en route une prise en charge.

12. Avez-vous, suite à une consultation de prévention, mis à jour les vaccinations de l'un de vos patients ? A quelle fréquence ?

Oui, chez les jeunes que l'on ne voit jamais.

Chez ceux qui se sentent en bonne santé.

13. Avez-vous, suite à une consultation de prévention, effectué un bilan complémentaire ou proposé une consultation spécialisée chez l'un de vos patients ? A quelle fréquence ?

Pour les troubles de l'audition, une orientation vers un ORL est préconisée.

Chez l'ophtalmologue, ils y vont seuls.

Chez le pneumologue, pour les syndromes d'apnée obstructive du sommeil.

14. Quels sont les intérêts des Instants Santé (pour les non consommateurs, les patients non réguliers, les patients chroniques) ?

L'intérêt est surtout pour les non consommateurs.

Pour la découverte de dyslipidémie également.

L'intérêt est modéré, limité pour les réguliers : il réside dans la découverte de problèmes auditifs.

Pour la taille c'est bien car il existe des disparités entre les toises des médecins généralistes et les autres.

15. Quels en sont les inconvénients ?

Pour les réguliers, il y a redondance : c'est les mêmes bilans sanguins, poids, tension artérielle par rapport à il y a quelques mois.

Il n'y a pas d'inconvénients pour les non consommateurs.

16. Quels sont les éléments qui devraient figurer dans le bilan des Instants Santé ?

C'est difficile de trouver les scotomes.

Pour les personnes qui ont des problèmes d'argent, il n'y a pas de consommation de soins s'il y a des problèmes financiers.

Pour les patients qui souffrent de la maladie de Parkinson : y a-t'il un lien avec une maladie professionnelle liée à l'exposition aux pesticides ?

Quelle est la prévalence de la maladie de Parkinson chez les agriculteurs ?

Quels sont les problèmes spécifiques au monde agricole ?

Les bilans sont quand même relativement vastes.

La dépendance, mais les bilans s'arrêtent à 74 ans, donc avant l'apparition de ce problème.

Il faudrait demander une ferritine dans le bilan biologique.

17. Quels éléments, faisant partie du bilan des Instants Santé, ne sont pas pertinents ?

Ça dépend des classes d'âge.

Pour les non réguliers – non consommateurs : tout est bien.

Pour les chroniques : le bilan biologique qui est redondant par rapport à celui fait dans l'année précédant le bilan.

L'audiogramme, l'analyse d'urines sont bien.

18. Pensez-vous que les bilans de santé devraient être réalisés d'une autre manière ? Si oui, laquelle ?

Il faut demander aux patients.

Si les bilans de médecine préventive sont réalisés dans une maison de santé, les non consommateurs, non réguliers n'iront pas plus.

19. Quelle communication conseilleriez-vous pour améliorer la fréquentation des patients aux examens de santé de la MSA ?

Prévenir les médecins généralistes avant la réalisation des bilans.

Prévenir que des bilans vont être réalisés dans le secteur.

Prévenir les patients par SMS : pourquoi pas ?

Il faudrait cibler directement chez le patient.

Il faut axer sur le dépistage.

Parler d'examen de santé n'est pas accrocheur pour les patients.

La prévention et le dépistage auront plus de poids, seront plus attractifs en fonction des intérêts et des craintes des patients.

O. Quatrième focus group : Saint Maurice sur Moselle le 26 novembre 2013.

1. Quelle est votre pratique préventive classique ?

a. Vos cibles ?

Le certificat d'aptitude au sport (CNCI activité physique).

La prévention organisée et non organisée est difficile à valoriser.

Avec l'AVODECA : le dépistage organisé du cancer du sein (DOCS) et le dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) par l'hémocult, le médecin généraliste est là en tant que relais, relais actif quand même.

Les MST chez les adolescents.

Dans le bas-âge, chez les enfants : les vaccinations, le sommeil, les troubles du comportement dont le développement psychomoteur.

Dans tous les cas, c'est intégré de la prévention à une consultation pour un autre motif.

La prévention est plus ou moins intégrée à la pratique quotidienne, en général, si le motif de consultation ne prend pas trop de temps, il y a intégration d'une partie préventive à la consultation.

Dans les consultations pour des certificats médicaux, les vaccins, quand on a le temps de parler d'autre chose ou avec les nouveaux patients.

L'éternel problème de la prévention est sa valorisation.

Prendre la tension artérielle, ausculter un cœur ... C'est de la prévention.

La médecine générale, c'est avant tout de la prévention.

La distinction préventif - curatif n'a pas de sens. Le préventif, c'est du curatif sans « soins ».

Un souhait est de se dire telle consultation va durer plus longtemps : on va refaire le point lors de la 1^{ère} consultation de l'année civile (par exemple). En profiter pour faire un examen plus complet.

Il y a une importance du repère et des alertes (dans le dossier médical informatisé).

b. Les tranches d'âge ?

Tous les âges, avec à chaque âge, une ou des spécificités.

2. Connaissez- vous les bilans de prévention des régimes d'assurance maladie obligatoire et leurs conditions de réalisation ?

a. Régime général :

Les médecins n'ont pas forcément compris qui est convoqué ? Quand et à quel rythme ?

b. Régime des indépendants :

Le RSI est proche de la MSA dans sa logique d'intervention et dans la place confiée à la médecine générale.

Quelques professions sont ciblées : les coiffeurs, les plombiers,...

Le RSI a pour cible l'activité professionnelle.

Il y a eu un courrier d'information récent.

c. Régime agricole :

Un médecin sur les 7 présents ne connaît pas.

Il y a la réception d'un auto-questionnaire médical par les patients, et des séances de prévention puis une consultation avec le médecin généraliste.

L'auto-questionnaire médical est apprécié sauf le graphisme « nul ». On a l'impression que les gens sont dans leur intimité. Ils avouent des trucs qu'ils ne disent pas au médecin.

Le canevas des questionnaires n'est pas mal fait : les questions sur les addictions, l'alcool, le sommeil, la sexualité, la dépression.

Le questionnaire est plus ou moins complexe en médecine générale.

Cela permet d'aborder des sujets sur lesquels on n'est pas à l'aise, qui peuvent mettre en difficulté : une vie sexuelle pas satisfaisante : « qu'est-ce qu'on fait ? »

Certains maîtrisent le risque somatique, l'activité physique mais le reste semble plus délicat comme le risque psychique et mental.

Le petit reproche fait aux auto-questionnaires médicaux, c'est le manque de personnalisation hommes et femmes et ses modalités ...

Le problème de la biologie est une question importante pour les patients.

Les examens sensoriels et les tests sont biens, car ce sont des examens sur lesquels les médecins généralistes sont peu formés, et surtout peu ou pas équipés.

Le problème du plomb dans les Vosges. Il manque une question sur le risque de saturnisme dans le questionnaire.

3. Quelle est la différence avec les dépistages organisés ?

En médecine préventive (MP), pour les Instants Santé, le patient a le choix d'organiser son bilan en fonction du questionnaire alors que les DO sont imposés.

La MP aborde beaucoup de sujets, c'est plus vaste, plus global.

4. Le régime agricole déléguant aux médecins généralistes les parties clinique et synthèse de son bilan, la réalisation de cette consultation de prévention est-elle facile à intégrer dans la pratique?

Si c'est une consultation dédiée, c'est parfait mais c'est difficile à faire comprendre à la patientèle ...

On déborde, on reprend rendez-vous.

« Ça permet de voir des gens que je n'ai pas vu depuis 8 à 10 ans. »

L'intérêt est de voir des non consommateurs, non réguliers, non « clients ».

C'est le même problème avec d'autres certificats, si les gens sont volontaires, on reprend rendez-vous s'ils acceptent de revenir.

½ heure bloquée environ.

5. Ce bilan de santé est-il redondant avec la pratique de prévention des généralistes ?

Cela nous amène des éléments supplémentaires qu'on ne sait pas faire.

« Ce pourquoi nous ne sommes pas équipés ».

La redondance c'est la biologie, pour les gens qui sont bien suivis et qui n'ont pas de soucis.

(Le problème du régime général est : le PSA, les anomalies de repolarisation du segment ST à l'ECG.)

Il y a un intérêt de l'audiométrie, des bandelettes urinaires dans la biologie.

6. Est-ce un moment réellement dédié à la prévention, ou un acte cumulé avec un acte de soin (la double facturation étant autorisée) ?

Il y a les deux : cumul ou non.

Quand c'est dédié, c'est un moment de prévention sympa, sauf la biologie, avec les confidences des patients.

Ça permet de faire le point, même sans apprendre quelque chose. « On prend le temps, on fait ce qu'il faut ».

La biométrie est utile à certains.

C'est moins déplaisant que le régime général, au moins, le médecin généraliste a un rôle propre, le fait d'être le dernier interlocuteur, de faire la synthèse.

L'intérêt est de se poser.

(Le régime général semble moins dans la globalité, la synthèse n'étant pas faite par le médecin traitant).

7. Combien de temps consacrez-vous à cet acte de prévention ?

½ heure si les patients préviennent, sinon 10 mn de retard pour le suivant, sinon ... ¼ heure ... mais l'approche est rapide et donc « dégradée ».

8. Que pensez-vous de la rémunération de cet acte qui est de 1,5 C ? (En comparaison avec d'autres rémunérations : paiement à l'acte, forfait, consultations longues, forfait ALD,...)

Une consultation standard c'est ¼ heure.

Si c'est ½ heure, pourquoi pas 2 C ?, 1,5 C paraît insuffisant si on prend ½ heure.

« Un patient sans question, ce serait flatteur ».

Il n'y a pas de pratique du cumul avec un autre motif de consultation.

Le problème du cumul, c'est qu'il va à l'encontre de l'idée que la prévention est une activité spécifique : un acte dédié.

Il est important de dissocier les deux.

Parfois le cumul est inverse : un acte dédié prévention plus autre chose (« au fait, j'y pense ... »).

9. Pensez-vous que les résultats des Instants Santé apportent aux médecins généralistes des informations nouvelles sur l'état de santé de leurs patients qui y participent ? Si oui, lesquelles ?

Ce bilan apporte de temps en temps, il n'y a pas beaucoup de « loups » découverts, mais ça peut arriver, car souvent, ce sont les plus scrupuleux, les plus motivés ... Une partie de la population est sur soignée, c'est le problème du volontariat, par contre, restent à la traîne les non consommateurs.

Il y a 50 % des gens que je ne vois pas souvent, c'est alors une occasion.

Bien souvent, la femme vient avec son mari.

Les gens pensent qu'ils n'ont pas de soucis ...

Ca permet de découvrir quelques pathologies ignorées.

10. Quels sont les apports :

- a. De la biométrie (mesure de la taille, du poids, de la tension artérielle, du pouls, des calculs qui en découlent : IMC,...) ?

La biométrie n'est pas fondamentale.

Le bilan aide un peu, il y en a qu'on n'a jamais mesuré.

Il y a un intérêt de la taille parfois, sauf chez le « mesure tout ».

La TA est plus fiable chez le médecin traitant qu'avec l'infirmière.

- b. De la biologie ?

C'est souvent redondant.

Il y a des différences entre les patients bien suivis car la biologie est redondante, et les non suivis pour lesquels c'est bien utile.

Si dans les auto-questionnaires médicaux, c'est déjà demandé ou s'il y a le signalement qu'un suivi pour pathologie chronique est en cours, il faudrait ne pas le faire.

Il faudrait dépister le VIH, sauf qu'il faut une autorisation du patient ...

Le problème, c'est la croyance en la biologie des patients ? des docteurs ? des caisses ?

c. Des explorations fonctionnelles (audiométrie, acuité visuelle, EFR) ?

Là c'est bien, pas redondant, car pas fait en médecine générale.

C'est le plus intéressant pour certains.

L'épreuve fonctionnelle respiratoire par exemple.

11. Avez-vous suite à une consultation de prévention mis en place un nouveau traitement chez l'un de vos patients ? A quelle fréquence ?

Il y a peu de souvenir, c'est peu fréquent ou rare, mais quelquefois les médecins envoient chez un spécialiste.

Le contrôle biologique est plus fréquent.

12. Avez-vous suite à une consultation de prévention mis à jour les vaccinations de l'un de vos patients ? A quelle fréquence ?

Oui, il y a plus de mises à jour de vaccinations.

Il faut leur demander de venir au moment du bilan avec leur carnet de vaccination.

Le nouveau calendrier vaccinal fera peut être évoluer les choses.

13. Avez-vous suite à une consultation de prévention effectué un bilan complémentaire ou proposé une consultation spécialisée chez l'un de vos patients ? A quelle fréquence ?

Oui, notamment chez le cardiologue.

14. Quels sont les intérêts des Instants Santé (pour les non consommateurs, les patients non réguliers, les patients chroniques)?

Pour les non consommateurs : c'est une entrée pour eux dans le système de soins. Il y a un vrai intérêt de la prévention pour eux. Une partie d'entre eux sont des « froussards » ayant peur d'avoir quelque chose. (Les mêmes qui refusent mammographie ou hémocult).

Certains prennent ces bilans pour une assurance sur leur santé future.

Pour les chroniques, ce n'est pas inintéressant, ça permet une ouverture d'esprit sur le reste hors pathologie (diabète par exemple).

Les Instants Santé et l'ALD, ça permet de faire attention à la routine. Ce n'est pas inintéressant car ça casse la routine.

Pour les patients pas venus consulter avec une TA élevée lors des IS, il y a un intérêt à les rappeler.

Il faudrait une politique de relance personnalisée pour les non consommateurs, les non réguliers. Un impact plus important chez eux que chez les chroniques, une relance en fonction du nombre de consultations sur une période.

En gros, il n'y a que les réguliers qui sont assidus, le problème, c'est ceux qui ne viennent pas...

Il y a consultation du mari, des enfants ... sous impulsion de la femme, la mère.

Il y a une forte implication des médecins généralistes car ils sont en 1^{ère} ligne.

15. Quels en sont les inconvénients ?

Le problème de temps, de la chronophagie ... ça fait perdre du temps, parfois ça tombe comme un cheveu sur la soupe.

L'intérêt est de dire aux secrétariats que les bilans de santé prennent plus de temps, il faut organiser autrement ces rendez-vous. Il y a un gros problème d'organisation.

Les médecins généralistes peuvent voir cela comme de la concurrence avec leur activité, mais c'est le job de soins primaires et c'est intéressant quand c'est bien fait.

16. Quels sont les éléments qui devraient figurer dans le bilan des Instants Santé ?

Les sérologies : VIH, VHB, VHC.

La vaccination : vaccination antitétanique (VAT) et/ou la vaccination antigrippale (VAG).

Le dépistage du saturnisme.

Le frottis.

17. Quels éléments font partie du bilan des Instants Santé et qui ne sont pas pertinents ?

Les contenus du bilan sont pertinents chez certains et pas chez d'autres.

La biologie en est l'exemple type.

Quelques questions sont embarrassantes : Votre vie personnelle vous satisfait-elle ?

Mais sinon tout est pertinent.

Un envoi par Apicrypt à intégrer au dossier pour ne pas le refaire dans l'année.

18. Pensez-vous que les bilans de santé devraient être réalisés d'une autre manière ? Si oui, laquelle ?

De l'utopie à la paperasse, une consultation par an dédiée à la prévention pour tous les patients de tous les régimes, pour l'aptitude au sport et qui servirait de consultation de médecine préventive.

Que les mutuelles versent une prime de 15 euros par an si le patient fait une consultation de médecine de prévention 1 fois/an.

Envoyer un mot aux patients en disant : « Votre médecin va vous appeler pour votre consultation de prévention » donc fournir des listes de patients aux MT.

Un mémo informatique de prévention ou un questionnaire en fonction de l'âge et du sexe qui s'ouvre au début de la page en ouvrant le dossier du patient.

Un auto-questionnaire de pré consultation en salle d'attente.

Les médecins généralistes devraient pouvoir tout faire (cf. offre de soins de 1^{er} recours).

19. Quelle communication conseilleriez-vous pour améliorer la fréquentation des patients aux examens de santé de la MSA ?

La publicité et la communication dont la télévision.

L'envoi de courriers aux gens.

Un premier rendez-vous avec le médecin, à signaler à la prise de rendez-vous.

Un rappel téléphonique par le médecin traitant, une communication téléphonique vers les assurés de l'assurance maladie obligatoire (AMO), une communication téléphonique via le secrétariat du médecin généraliste.

Une politique de relance par rapport au nombre de consultations/an.

Une communication dans le cabinet.

Une communication par Apicrypt avec les médecins traitants.

Une concertation plus importante avec les médecins généralistes.

Une consultation des 74 ans.

Des consultations de prévention, voir des vacations de prévention ?

Du matériel d'exploration fonctionnelle pour les médecins généralistes en prêt. Il faut voir si le taux d'utilisation est important, si c'est rentable ?

Faire les consultations de prévention dans l'Espace Santé du Territoire (Remiremont).

P. Cinquième focus group : Stenay le 28 novembre 2013.

1. Quelle est votre pratique préventive classique ?

a. Vos cibles ?

L'activité préventive est diluée, faite tout le temps, comme la prose de M. Jourdain.

C'est une vaste question, la prévention n'est pas facile à pratiquer hors cadre institutionnalisé.

Pour certains, elle est limitée à la biologie, pour d'autres la recherche d'HTA, enfin les vaccinations et l'IMC ...

b. Les tranches d'âge ?

Il n'y a pas de tranches d'âge en particulier.

Toutes avec leurs spécificités.

2. Connaissez- vous les bilans de prévention des régimes d'assurance maladie obligatoire et leurs conditions de réalisation ?

a. Régime général :

Le secteur et les patientèles ne seraient plus trop concernés.

Il y a une convocation tous les 5 ans, de 4 à 74 ans, sur la base du volontariat des patients.

Ils comprennent que l'orientation est centrée sur les précaires.

Surtout, l'intervention du médecin traitant est limitée aux dossiers avec anomalies, et certaines anomalies « n'en sont pas » : « sous décalage de ST » sur l'ECG.

b. Régime des indépendants :

Un courrier récent a été adressé dans les cabinets.

Il y a une orientation vers le risque professionnel : garagistes, coiffeurs, boulangers,...

Ce bilan est peu fréquent dans leurs clientèles.

c. Régime agricole :

Les Instants Santé sont connus. Il y a une liasse de papiers embêtante, avec des résultats biologiques et des questionnaires. C'est très preneur de temps (chronophage). Les bilans sont ciblés.

Le bilan est plus ou moins utile, mais redondant surtout en ce qui concerne la biologie.

Il y a quelques diagnostics complémentaires, orientés par les Instants Santé.

3. Quelle est la différence avec les dépistages organisés ?

La cible est différente, monothématique, tous les assurés de tous les régimes sont invités. L'organisation est très précise, tout le monde est convoqué.

Les bilans du régime agricole ne sont pas ciblés « pathologie », ils sont souvent faits pour des gens qui viennent déjà voir les médecins généralistes, ceux qui sont les plus actifs, qui bougent.

Il est dommage que ça ne touche pas les plus défavorisés et les non consommateurs.

Ca a permis pour l'un des médecins la découverte, tout de même, d'un cancer de vessie sur une hématurie microscopique ...

4. Le régime agricole déléguant aux médecins généralistes les parties clinique et synthèse de son bilan, la réalisation de cette consultation de prévention est-elle facile à intégrer dans la pratique?

Il y a une préférence pour une consultation spécifique dédiée aux IS, mais c'est chronophage lorsque les patients viennent pour un autre motif de consultation.

Rares sont les patients qui ne viennent que pour cela.

5. Ce bilan de santé est-il redondant avec la pratique de prévention des généralistes ?

Les redondances sont fréquentes pour la biologie.

Moins que pour le régime général.

L'auto-questionnaire médical est intéressant sur certains côtés : psychologie, sexualité, addictions,...

Dans l'auto-questionnaire, les patients disent des choses qu'ils n'évoquent pas forcément en consultation.

Les explorations fonctionnelles sont plutôt intéressantes : le tonus oculaire pour le glaucome, l'audiométrie,...

Parfois, il y a découverte de quelques tensions artérielles élevées.

6. Est-ce un moment réellement dédié à la prévention, ou un acte cumulé avec un acte de soin (la double facturation étant autorisée) ?

Pour une moitié d'entre eux c'est un acte cumulé avec un autre motif de consultation.

Pour l'autre moitié : un acte spécifique pris par rendez-vous, les assurés-patients ne venant que pour cela.

Il n'y a pas ou peu de pratique du cumul des honoraires.

7. Combien de temps consacrez-vous à cet acte de prévention ?

En moyenne : 20 minutes, c'est quasiment une consultation normale pour certains.

Ca dépend du patient : s'il est connu, suivi, ou pas connu et peu suivi.

Quelquefois la durée est de 10 - 15 mn si le patient est bien connu.

8. Que pensez-vous de la rémunération de cet acte qui est de 1,5 C ? (En comparaison avec d'autres rémunérations : paiement à l'acte, forfait, consultations longues, forfait ALD,...)

C'est bien par rapport au coefficient d'une consultation. Ce qui peut se discuter, c'est la valeur absolue du C.

Par contre, il y a une impression de service rendu par le médecin généraliste au patient pas ou peu importante, donc 1,5 C serait beaucoup.

9. Pensez-vous que les résultats des Instants Santé apportent aux médecins généralistes des informations nouvelles sur l'état de santé de leurs patients qui y participent ? Si oui, lesquelles ?

De fait, la fréquentation des IS apporte peu aux médecins généralistes, mais est cependant utile, il faut faire attention au distinguo : apport diagnostic et apport santé.

Ils apportent un certain type d'informations qui ne sont pas en possession des médecins généralistes : la vie sexuelle par exemple.

« Par le fait d'être assuré », les patients devraient venir voir leur médecin traitant pour la prise de sang et la tension artérielle. Ça devrait être fait d'une manière systématique et détendue.

Le peu de gens qui répondent n'explique peut-être pas une sensation/estimation d'un bon suivi par ailleurs.

La consultation « sport » comporte un examen clinique avec prise de tension artérielle : c'est une vraie consultation, correspondant à la pratique systématique d'une consultation. Ça devrait devenir une consultation de prévention. C'est difficile de faire la différence entre un acte de prévention ordinaire et une consultation d'aptitude au sport.

10. Quels sont les apports :

- a. De la biométrie (mesure de la taille, du poids, de la tension artérielle, du pouls, des calculs qui en découlent : IMC,...) ?

La taille est mesurée pour presque tous les patients en consultation de médecine générale.

L'IMC est également calculé.

Donc ils sont très peu utiles dans le bilan des IS quoique ...

L'IMC est un peu estimé de visu, au vu de l'aspect morphologique du patient.

- b. De la biologie ?

Il y a très peu d'apport de la biologie, sauf quelques cas, ceci car les patients concernés fréquentent bien les cabinets médicaux, et qu'ils ont eu un bilan biologique dans les mois précédents.

C'est plus utile pour les moindres consommateurs et les patients moins connus.

- c. Des explorations fonctionnelles (audiométrie, acuité visuelle, EFR) ?

Plutôt oui, mais c'est difficile d'appareiller les troubles auditifs par exemple.

Ceux qui ont une gêne visuelle ou auditive devraient en parler mais peu le font vraiment.

L'auto-questionnaire médical fait que sont abordées certaines questions : les troubles sexuels par exemples, les hommes en parlent plus facilement que les femmes qu'il faut provoquer pour en parler. Les prescriptions seraient relativement fréquentes dans ce cadre.

11. Avez-vous suite à une consultation de prévention mis en place un nouveau traitement chez l'un de vos patients ? A quelle fréquence ?

Classiquement, surtout quelques diabètes et HTA ont été découverts et traités, mais au global, ça semble peu fréquent.

L'exploration des troubles sexuels, de l'humeur et du sommeil est tout de même plus délicate.

12. Avez-vous suite à une consultation de prévention mis à jour les vaccinations de l'un de vos patients ? A quelle fréquence ?

Oui, assez fréquemment.

Il faudra voir avec le nouveau calendrier vaccinal.

13. Avez-vous suite à une consultation de prévention effectué un bilan complémentaire ou proposé une consultation spécialisée chez l'un de vos patients ? A quelle fréquence ?

Très certainement, mais rarement.

(Cf. hématurie ci-dessus).

C'est plutôt occasionnel.

14. Quels sont les intérêts des Instants Santé (pour les non consommateurs, les patients non réguliers, les patients chroniques)?

C'est intéressant pour les patients non réguliers, en particulier ceux qui ne viennent jamais.

Pour les chroniques, ça pourrait paraître « vexatoire » et de faible intérêt, mais cela permet de faire le point sur le reste.

15. Quels en sont les inconvénients ?

Il y a peu d'inconvénients en tant que tel,

- Mais ça prend de la place : il faudrait utiliser des modalités de transmission dématérialisée (type Apicrypt, messagerie sécurisée).

Plus de papier.

- C'est chronophage : le temps nécessaire à la pratique de l'examen préventif est difficile à intégrer dans le contexte de la journée de consultations chargée.

Il y a peu d'inconvénients pour la MSA, du fait de la délégation de la partie clinique et de la conclusion.

Les bilans du régime général sont moins bien car il y a intervention d'un médecin « spécifique » de prévention.

L'utilisation de l'auto-questionnaire MSA est très importante.

16. Quels sont les éléments qui devraient figurer dans le bilan des Instants Santé ?

L'intégration du risque professionnel.

Les risques liés à l'exposition aux phytosanitaires par exemple et leurs conséquences (expositions aux toxiques agricoles).

Mais également les pathologies spécifiques : tentatives de suicide et suivi psychologique.

17. Quels éléments font partie du bilan des Instants Santé et qui ne sont pas pertinents ?

La biométrie et le bilan biologique s'il y en a eu un de pratiqué dans l'année.

18. Pensez-vous que les bilans de santé devraient être réalisés d'une autre manière ? Si oui, laquelle ?

Il devrait y avoir une logique assureur et risque santé :

Le fait d'être assuré devrait obliger à faire une consultation annuelle de prévention : se faire prendre la tension artérielle avec plus ou moins un bilan biologique.

L'intégration d'entretiens psychologiques (un médecin a déjà eu des patients ayant fait des tentatives de suicide, au moins 2 pendaissions/an ...).

Cependant, les médecins n'ont pas l'impression que le monde agricole soit plus dépressif que les autres ruraux.

Les agriculteurs ne se ratent pas, c'est un mal plus profond ...

19. Quelle communication conseilleriez-vous pour améliorer la fréquentation des patients aux examens de santé de la MSA ?

Il devrait y avoir une obligation dans le fait d'être assuré de se soumettre à des examens réguliers de prévention. Cependant, l'obligation est impossible par l'AMO ...

Il faudrait dire aux patients : « Vous devez aller faire une consultation auprès de votre médecin généraliste, faire le point sur la santé régulièrement ... ».

Q. Sixième focus group : Metz le 18 décembre 2013.

1. Quelle est votre pratique préventive classique ? (cibles et tranches d'âge)

Il y a la prévention globale et la prévention ciblée.

Les vaccinations.

Il n'y a pas d'âge, pas de tranches d'âges prédéfinies : de l'enfant à la personne âgée, même en EHPAD.

La vaccination est faite assez facilement : REPEVAX pour les personnes âgées, Pneumo 23 chez les patients atteints d'hémopathie, chez les sportifs.

La prévention en EHPAD et en fonction des risques chez les personnes âgées.

Il ne faut pas se loupier sur les problèmes des adolescents, on les voit en consultation une fois par an : il faut aborder le tabac, les IST et le cannabis.

Entre les deux (adolescents et personnes âgées) : le risque cardiovasculaire, la prévention et le dépistage des cancers : sein et colorectal.

Il y a doute et questionnement sur l'intérêt du PSA.

Les médecins font beaucoup de prévention des cancers : prostate, sein, ovaires et en fonction des risques : cancers professionnels liés à l'amiante par exemple.

Autre chose : l'ostéoporose (peut-être en lien avec l'engagement dans le programme ostéodensitométrie) ; il n'y a pas de marqueur biologique, à part la vitamine D et les signes d'alerte : par exemple : la fracture du poignet de la femme ménopausée.

Le Programme Régional de Santé (PRS) Lorraine évoque les principales causes de mortalité en Lorraine : cancers, maladies cardio-vasculaires et maladies respiratoires.

Il y a également le schéma régional de prévention de l'ARS.

Enfin, le logiciel métier, avec ses marqueurs, ses indicateurs et ses alertes, permet de faire plus de prévention en s'occupant des vaccinations, de la BPCO, du dépistage des cancers.

Le logiciel permet d'avoir une fiche récapitulative globale assez complète (contenant beaucoup de données) : diabète, maladie cardio-vasculaire, biologie... « ça permet de prendre son pied. »

2. Connaissez-vous les bilans de prévention des régimes d'assurance maladie obligatoire et leurs conditions de réalisation ?

« Il faudrait en démontrer la productivité » par rapport au trop peu de pathologies découvertes.

a. Régime général :

Il y a eu une évolution de la population, avec un ciblage progressif sur des populations à risques, la précarité en particulier. « J'exerce à 100 mètres du Centre d'Examens de Santé. Au départ, je râlais sur leurs pratiques pour les personnes bien suivies, maintenant, c'est

vraiment ciblé sur les pathologies à risques, notamment la tuberculose. Parfois j'utilise leur plateau pour faire un bilan au lieu d'envoyer les gens faire un bilan hospitalier. »
Les bilans faits au CES amènent à des conclusions parfois bizarres : des vaccinations à vérifier alors qu'elles sont à jour, le dépistage de pathologies connues comme le diabète.

b. Régime des indépendants :

Les bilans sont centrés sur le risque professionnel, ils sont trop longs.
Ça cible des professions pour lesquelles il y a un ou deux patients, ça prend beaucoup de temps car nous ne sommes pas spécialisés dans les travaux de ces professions.
Les médecins généralistes n'ont pas le temps ni l'envie pour être à l'aise sur une ou deux pathologies de garçons coiffeurs par exemple... C'est à la limite de l'exercice avec la médecine du travail. La maîtrise du questionnaire est difficile.

c. Régime agricole (MSA) :

Les bilans sont connus. Souvent les patients qui y vont sont déjà bien suivis.
Il y a une certaine lourdeur du dossier à remplir ; ça prend beaucoup de temps pour bien faire.
Il y a trop peu de pathologies découvertes. Il faudrait un questionnaire préalable à la consultation, à l'examen de prévention, ceci pour faire l'essentiel de ce qui n'est pas connu (et ne pas faire ce qui est connu), sauf que ce genre de démarche est peut-être plus coûteuse que de systématiser les consultations de prévention.
L'importance est de réfléchir à un acte à la nomenclature.
Il y a une nécessaire dématérialisation pour les dossiers médecin traitant informatiques, avec un arrêt du papier et le passage au tout informatique.
Il faudrait une grille facteurs de risques dans la synthèse annuelle : une fiche.

3. Quelle est la différence avec les dépistages systématiques organisés (DSO)?

Les médecins ont plus l'habitude des dépistages organisés, dépistages de masse, donc plus fréquents. La recherche de tel cancer par telle méthode, de tel âge à tel âge. Les dépistages organisés sont ciblés, au contraire des bilans de médecine préventive qui sont globaux, trop diffus.

C'est plus difficile de faire du global que du mono-pathologique.

Par ailleurs, ces bilans ne touchent que la clientèle fidèle, il y a des gens qui ne sont jamais touchés.

Ce type d'exercice est peut-être trop compliqué par rapport à ce que l'on en attend ; il faudrait quelque chose de plus synthétique qui permettrait ensuite une orientation.

A l'image des formulaires des banques : un premier questionnaire global et si besoin un deuxième questionnaire ciblé en fonction des premières réponses.

Il y a trop peu d'utilité du bilan de médecine préventive, trop redondant avec la pratique en médecine générale... Les gens n'en ont pas trop besoin...

Pour la population agricole il faudrait cibler sur les pathologies spécifiques concernant ces patients.

Il faut un suivi dynamique en fonction des professions des gens (les métiers évoluent au long de la vie professionnelle).

L'idée d'une fiche de synthèse pour faire un examen plus approfondi : il faut trouver la bonne fiche qui permet la bonne orientation.

4. Le régime agricole déléguant aux médecins généralistes les parties cliniques et synthèse de son bilan, la réalisation de cette consultation de prévention est-elle facile à intégrer dans la pratique ?

C'est une question spécifique, une pratique spécifique. Dans l'ensemble : OUI.

Dans l'auto-questionnaire médical, il y a des questions que l'on n'ose pas poser en consultation : les troubles sexuels, du sommeil, l'humeur...

5. Ce bilan de santé est-il redondant avec la pratique de prévention des généralistes ?

Le bilan est plutôt redondant, bien sûr... d'où l'importance du ciblage en fonction de la pathologie de la population agricole ou en fonction de sa fréquentation du système de soins.

6. Est-ce un moment réellement dédié à la prévention, ou un acte cumulé avec un acte de soin (la double facturation étant autorisée) ?

C'est un moment dédié à la prévention.

Les médecins généralistes ne pratiquent pas, car ne savent pas, le cumul acte de soins et acte de prévention.

7. Combien de temps consacrez-vous à cet acte de prévention ?

15 – 20 minutes, selon la « longueur » du papier à remplir.

8. Que pensez-vous de la rémunération de cet acte qui est de 1,5 C ? (en comparaison avec d'autres rémunérations : paiement à l'acte, forfait, consultations longues, forfait ALD,...)

1,5 C : c'est pas mal, c'est honnête.

C'est bien, car l'indexation sur la consultation « C » est mieux que les forfaits qui sont figés.

9. Pensez-vous que les résultats des Instants Santé apportent aux médecins généralistes des informations nouvelles sur l'état de santé de leurs patients qui y participent ? Si oui, lesquelles ?

La promotion de l'activité physique et la prescription de stretching par exemple.

Il y a quelques questions sur la vie sexuelle ou l'humeur, qu'on ne poserait pas. C'est proche de l'introspection pour certains...

Il faut laisser une certaine marge de liberté aux assurés sociaux, mais les questions qui abordent la prévention ne sont pas assez souvent abordées dans les cabinets médicaux.

Il y a peu d'apport vraiment spécifique, mais une importance de l'informatique et des grilles...

10. Quels sont les apports :

- a. De la biométrie (mesure de la taille, du poids, de la tension artérielle, du pouls, des calculs qui en découlent : IMC, ...) ?

L'IMC est fait automatiquement par le logiciel, donc il y a peu d'apport.

- b. De la biologie ?

La biologie est souvent redondante, mais si l'on supprime la biologie, il y a un risque que les patients ne viennent plus aux examens de santé, comme pour la radio pulmonaire avant. Il faudrait transmettre les résultats de biologie sous format informatique ce qui permet de faire des courbes, d'avoir un suivi dynamique. Le papier des bilans de santé est inutilisable.

- c. Des explorations fonctionnelles (audiométrie, acuité visuelle, EFR) ?

C'est très intéressant. « Surtout parce que c'est des trucs qu'on ne fait pas ». Les médecins ne sont pas à l'aise avec l'interprétation de certaines explorations, dont l'EFR (cf. dépistage de la BPCO en Lorraine).

11. Avez-vous, suite à une consultation de prévention, mis en place un nouveau traitement chez l'un de vos patients ? A quelle fréquence ?

Sûrement, mais les médecins généralistes ont trop peu de patients MSA pour dire ; mais oui, probablement, et peu fréquemment.

12. Avez-vous, suite à une consultation de prévention, mis à jour les vaccinations de l'un de vos patients ? A quelle fréquence ?

Oui. C'est utile en parallèle des alertes logiciels du dossier médical patient (DMP).

13. Avez-vous, suite à une consultation de prévention, effectué un bilan complémentaire ou proposé une consultation spécialisée chez l'un de vos patients ? A quelle fréquence ?

Oui, plus souvent, plusieurs fois. Des bilans pour des hématuries, des troubles auditifs, des consultations chez le dentiste... Il y a un intérêt à la pratique du culot urinaire. Il n'y a plus de consultation mono causale, souvent trois doléances par consultation (3,8 en moyenne).

14. Quels sont les intérêts des Instants Santé (pour les non consommateurs, les patients non réguliers, les patients chroniques) ?

Il y a peu d'exemple de personnes qui n'aient aucune pathologie et qui viennent après un bilan de médecine préventive.

L'importance est le captage des non consommateurs.

Les chroniques : normalement, on les suit bien, il y a peu de révélations ; les bilans de santé pour eux ne montrent pas de réelles nouveautés, éventuellement les vaccins, d'autant qu'ils sont suivis au moins tous les 3 mois ; on se focalise beaucoup sur leur pathologie et le fait de les voir souvent fait qu'on oublie moins de choses.

Les tests auditifs et visuels qui ne sont pas souvent faits et surtout pas systématiquement sont intéressants.

Pour les non réguliers, c'est un problème du fait de leur moins bon suivi.

Les ROSP vont faire changer les choses, en particulier sur l'équilibration tensionnelle.

Un problème risque de se faire jour, c'est la suppression du certificat de non contre-indication au sport (cf. pour scoliose, cœur, vue...).

Il y aura l'apparition probable, un jour, d'une consultation ado.

15. Quels en sont les inconvénients ?

Le rapport coût – productivité au regard des pathologies découvertes, mais la prévention est différente d'une activité diagnostique.

16. Quels sont les éléments qui devraient figurer dans le bilan des Instants Santé ?

Les choses non faites en médecine générale :

- L'audiométrie chez les personnes âgées.
- L'évaluation des risques de chutes chez les personnes âgées.
- La densitométrie osseuse chez les femmes au-delà d'un certain âge.
- Le MMS et les troubles cognitifs chez les personnes âgées.
- Le bilan diététique.

Les tests faits en annexe, mais ciblés.

Il faudrait proposer un dépistage pour une fraction de la population qui l'accepte.

17. Quels éléments, faisant partie du bilan des Instants Santé, ne sont pas pertinents ?

La biologie et la biométrie.

A priori, il n'y a pas de truc impertinent, sauf la biologie...

Il faudrait utiliser des critères de Santé Publique.

Il serait judicieux de faire une densitométrie.

Il faudrait un meilleur ciblage pour les tests, grâce à l'auto-questionnaire médical.

18. Pensez-vous que les bilans de santé devraient être réalisés d'une autre manière ? Si oui, laquelle ?

Dans l'autre sens : il faudrait un passage chez le MG, puis un passage par les tests MSA avec acuité visuelle, consultation diététique, évaluation de l'activité physique, profil psychologique, tout ce qui est complémentaire des généralistes.

Surtout avoir la biologie via Apicrypt.

19. Quelle communication conseilleriez-vous pour améliorer la fréquentation des patients aux examens de santé de la MSA ?

Faire des bilans à des âges fixes, par décennies (âges clés).

La publicité : faire un parallèle avec la révision auto et les assurances auto : « Vous avez fait la révision de votre voiture, avez-vous pensé à votre bilan de médecine préventive ? »

Passer par les jeunes, faire une sensibilisation pour les jeunes, avec une même campagne que la prévention routière ; passer par les enfants pour inviter les parents.

Organiser une tombola.

Faire une communication en fonction de la classe d'âge, par décennie ; trouver un argument qui les invite, les incite à venir.

Un affichage dans les cabinets, mais ça fait beaucoup. Avec un format inférieur à A3.

D'accord pour des listes de patients, avec des possibilités informatiques.

Un filtrage par le médecin traitant : d'accord. En effet, pourquoi pas un passage par le médecin traitant avec une sélection dans une liste de patients et proposition ou non d'un bilan de médecine préventive (MP).

Avec les Assureurs maladie obligatoire : baisser les cotisations chez les assurés qui font un bilan de MP...

Personne n'est contre une consultation de prévention chez les médecins généralistes.

Attention aux accès directs pour l'ophtalmologue et le psychiatre.

(L'historique de remboursement est peu utilisé, seulement parfois.)

R. Septième focus group : Bulgnéville le 19 décembre 2013.

1. Quelle est votre pratique préventive classique ? (cibles et tranches d'âge)

a. Vos cibles :

Il y a tout : les vaccinations, la biologie, le risque cardio-vasculaire, le tabagisme, l'indice de masse corporelle (IMC), la biométrie, le syndrome métabolique, l'insuffisance cardiaque, l'alcool.

Le dosage de la vitamine D est systématique pour un, avec un quasi traitement systématique.

La gynécologie : le traitement hormonal substitutif (THS) avec les oestroprogestatifs et la ménopause, les oestro-progestatifs pendant la période de fertilité.

Quand les patients sont poly-pathologiques et avec l'avancée en âge, une demande de biologie régulière est pratiquée.

Au niveau gynécologique : les médecins sont aidés par l'AVODECA pour le dépistage du cancer du sein, certains font les frottis.

b. Les tranches d'âge :

Des bébés au décès (jusqu'aux centenaires !).

Il y a une adaptation à l'âge, une orientation en fonction de l'âge :

- âge avancé : biologie presque systématique.
- âge jeune : pas de biologie.

2. Connaissez-vous les bilans de prévention des régimes d'assurance maladie obligatoire et leurs conditions de réalisation ?

a. Régime général :

Le bilan est fait à Epinal maintenant. Tous les 5 ans pour ceux qui sont déjà venus, et qui sont convoqués ; pour les autres, il faut qu'ils se manifestent.

Ils font une biologie et ils l'adaptent en fonction de l'âge, une analyse d'urine, des tests visuels et auditifs, un bilan dentaire, une radio pulmonaire seulement chez les fumeurs et « tousseurs » (sinon, il n'y a plus de radio pulmonaire systématique) ; jamais de TSH et pas d'hémoglobine glyquée si le patient est diabétique.

b. Régime des indépendants (RSI) :

Il y a un envoi d'un questionnaire, auto-questionnaire sur le risque professionnel.

L'auto questionnaire est accompagné d'une aide au remplissage.

c. Régime agricole (MSA) :

Ils connaissent. Il y en a mais plus beaucoup, sauf sur le canton très rural et agricole de Bulgnéville.

Il y a un auto questionnaire médical.

3. Quelle est la différence avec les dépistages systématiques organisés (DSO)?

Les dépistages systématiques organisés sont ponctuels : une pathologie, une action, un but.

Le bilan de médecine préventive est général, plus global.

Les dépistages organisés peuvent être faits à domicile pour le dépistage du cancer colorectal par l'Hémocult.

4. Le régime agricole déléguant aux médecins généralistes les parties cliniques et synthèse de son bilan, la réalisation de cette consultation de prévention est-elle facile à intégrer dans la pratique ?

Oui et non. Souvent les assurés attendent d'avoir un motif de consultation pour venir.

Parfois il y a trop de délais : ils viennent 2, 3 ou 4 mois après.

Souvent, il y a cumul avec une autre question (un autre motif de consultation).

Les patients - clients - assurés ne prennent pas conscience de l'importance de leur bilan de médecine préventive.

5. Ce bilan de santé est-il redondant avec la pratique de prévention des généralistes ?

Parfois oui.

Pour le régime agricole, c'est souvent un motif de consultation, ça fait venir des gens qui ne viennent jamais.

Pour le régime général, c'est souvent redondant ; ce serait les anxieux, les hypocondriaques qui le feraient.

Il faudrait cibler sur les tests...

6. Est-ce un moment réellement dédié à la prévention, ou un acte cumulé avec un acte de soin (la double facturation étant autorisée) ?

Les médecins font des conseils quelques fois.

Les rendez-vous sont plus longs.

Il n'y a jamais de cumul car c'est difficile.

« Je leur dis de revenir si ils viennent pour une consultation plus le bilan de médecine préventive. »

7. Combien de temps consacrez-vous à cet acte de prévention ?

En général, ½ heure.

En pratique, souvent un petit peu moins (25 minutes).

8. Que pensez-vous de la rémunération de cet acte qui est de 1,5 C ? (en comparaison avec d'autres rémunérations : paiement à l'acte, forfait, consultations longues, forfait ALD,...)

Ils ne pensent pas grand-chose de la rémunération. Vu le temps passé, ça devrait être deux fois le prix, soit 2 C.

Ils préfèrent parfois faire 2 consultations normales, plutôt qu'une consultation de MP qu'ils ont moins l'habitude de faire, et où ils se sentent moins à l'aise.

9. Pensez-vous que les résultats des Instants Santé apportent aux médecins généralistes des informations nouvelles sur l'état de santé de leurs patients qui y participent ? Si oui, lesquelles ?

Il y a rarement des nouveaux diagnostics (quelque fois la découverte d'un diabète...) ; il y a surtout des informations sur les facteurs de risque.

Ça apporte sur le statut vaccinal, ça permet aussi, en parallèle, de faire des bilans dentaires. Surtout ça amène des patients à venir.

10. Quels sont les apports :

- a. De la biométrie (mesure de la taille, du poids, de la tension artérielle, du pouls, des calculs qui en découlent : IMC, ...) ?

Il n'y a plutôt pas d'apport, car c'est ce que font les généralistes dans leur pratique et de façon quasi systématique.

- b. De la biologie ?

Ça apporte pour ceux qu'on ne voit pas et pour ceux chez qui cela n'a pas été pratiqué et/ou qui ne l'ont pas fait.

Ça apporte surtout pour les moins de 50 ans.

Ça sert souvent à rien ou rarement pour ceux qui sont bien suivis pour la tension artérielle ou le diabète et ceux de plus de 50 ans qui ont souvent eu un bilan.

- c. Des explorations fonctionnelles (audiométrie, acuité visuelle, EFR) ?

L'acuité visuelle apporte, de même l'exploration fonctionnelle respiratoire pour les fumeurs et les broncho-pneumopathies chroniques obstructives ; ça peut être un argument pour les motiver à l'arrêt du tabac et à un meilleur suivi.

Chez certains patients, des choses peuvent être découvertes grâce à ces tests.

11. Avez-vous, suite à une consultation de prévention, mis en place un nouveau traitement chez l'un de vos patients ? A quelle fréquence ?

C'est plutôt rare.

12. Avez-vous, suite à une consultation de prévention, mis à jour les vaccinations de l'un de vos patients ? A quelle fréquence ?

La mise à jour des vaccinations est plus fréquente après les bilans de santé.

13. Avez-vous, suite à une consultation de prévention, effectué un bilan complémentaire ou proposé une consultation spécialisée chez l'un de vos patients ? A quelle fréquence ?

Oui. Si les bilans permettent des découvertes, dans les suites, il faut bien adresser aux spécialistes, souvent en cardiologie.

14. Quels sont les intérêts des Instants Santé (pour les non consommateurs, les patients non réguliers, les patients chroniques) ?

Il faudrait cibler surtout sur les non consommateurs et ceux qui ne viennent jamais en trouvant des incitations, même peut-être économiques.

Il faudrait aborder différemment les chroniques, car les bilans peuvent apporter pour le statut vaccinal et certains autres aspects liés en particulier à l'auto questionnaire du patient, car c'est tout de même délicat de faire le tour de tout, même si les chroniques échangent déjà beaucoup avec leur médecin traitant.

A noter que les médecins sont surpris que certains patients acceptent de subir certains bilans plus ou moins « agressifs ».

15. Quels en sont les inconvénients ?

Ces bilans coûtent en temps, ils rallongent les consultations.

Ils sont très stéréotypés, il n'y a jamais la TSH par exemple. Les personnes qui ont une anomalie dans leur IMC devraient bénéficier de ce dosage de la TSH.

Ce qui intéresse vraiment les médecins généralistes ou médecins traitant, ce sont les non consommateurs.

16. Quels sont les éléments qui devraient figurer dans le bilan des Instants Santé ?

Le dosage de la TSH en fonction de l'IMC, le PSA si il y a une dysurie et/ou un antécédent de cancer de la prostate.

Le dosage de l'HbA1C pour les diabétiques.

Il faudrait cibler sur les facteurs de risque familiaux (par exemple pour les cancers).

Il n'y a pas de dépistage du HIV, ça pourrait être intéressant sur demande du patient, surtout chez les jeunes de 16 à 24 ans.

17. Quels éléments, faisant partie du bilan des Instants Santé, ne sont pas pertinents ?

La biométrie, qui est déjà faite en pratique générale, même si cela ne coûte rien.

Il faudrait vérifier pour la biologie si elle n'a pas été pratiquée dans les 6 mois précédents et ne pas la refaire en ce cas.

18. Pensez-vous que les bilans de santé devraient être réalisés d'une autre manière ? Si oui, laquelle ?

Il faut trouver un attrait pour les patients (à l'image des 50 euros des ados et jeunes par un bon d'achat en lien avec l'activité physique).

Sinon, une autre facette : trouver une manière autoritaire avec éventuellement une pénalité à la clé...

Il y a une importance du ciblage préalable : ne pas inviter les chroniques (ou d'une autre façon), ni les consultants réguliers.

Il y a un apport de l'auto questionnaire en matière d'humeur, d'isolement, de sommeil et aussi de sexualité. Sur ce point, certains médecins généralistes seraient vigilants en particulier les éjaculateurs précoces...

19. Quelle communication conseilleriez-vous pour améliorer la fréquentation des patients aux examens de santé de la MSA ?

Trouver un slogan accrocheur.

Relancer, pilonner... il faut réussir à motiver les non consommateurs non réguliers.

Essayer de trouver une activité ou quelque chose qui puisse les attirer par ailleurs... une activité sportive.

Les médecins sont peu certains de l'utilité de l'apport de l'affichage en cabinet, l'affichage qui ne sert pas à grand-chose pour les non consommateurs...

Pour les adolescents et le sport : lors de la consultation pour le certificat de non contre-indication à l'activité physique : la proposition de l'auto questionnaire médical à ce moment là ?

Adresser la liste des patients invités aux médecins traitants et faire une relance : les médecins n'y sont pas trop favorables.

Créer des actes spécifiques de médecine préventive à la nomenclature, c'est envisageable, mais il y a le problème de la démographie médicale et de la charge de travail.

VIII. Abréviations :

ACS : Aide à la Complémentaire Santé
ALD : Affection Longue Durée
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
ARS : Agence Régionale de Santé
BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
C : Consultation
CAPI : Contrat-type d'Amélioration des Pratiques Individuelles
CCMSA : Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole
CES : Centre d'Examen de Santé
CETAF : Centre Technique d'Appui et de Formation
CHL : Centres Hospitaliers Locaux
CLS : Contrat Local de Santé
CMP : Centre de Médecine Préventive
CMU : Couverture Maladie Universelle
CMU-C : Couverture Maladie Universelle - Complémentaire
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
COG : Convention d'Objectifs et de Gestion
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPR : Comité Paritaire Régional
CS : Consultation Spécialisée
CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français
CSPSA : Conseil Supérieur des Prestations Sociales Agricoles
DMI : Dossiers Médicaux Informatiques
DO : Dépistage Organisé
DSO : Dépistage Systématique Organisé
ECG : électrocardiogramme
EFR : Epreuve Fonctionnelle Respiratoire
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé
EPS : Examen Périodique de Santé
EPSS : Education à Porter Soins et Secours
ESF : Education Santé Famille
ETP : Education Thérapeutique du Patient
FCU : Frottis Cervico-Utérin
FEMALOR : Fédération des Maisons et Pôles de Santé de Lorraine
FFMPS : Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé
FMC : Formation Médicale Continue
FNPEISA : Fond National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire des Professions Agricoles
HAS : Haute Autorité de Santé
HbA1c : Hémoglobine glyquée
HTA : HyperTension Artérielle
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IMC : Indice de Masse Corporelle
INMA : Institut National de Médecine Agricole
IS : Instants Santé
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
LAD : Lecture Automatique de Documents
Loi HPST : loi Hôpital Patient Santé Territoire
MARPA : Maison d'Accueil Rural des Personnes Agées
MSA : Mutualité Sociale Agricole
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
NABM : Nomenclature des Actes de Biologie Médicale
NFS : Numération Formule Sanguine
NMR : Nouveaux Modes de Rémunération
NSA : Non Salariés Agricoles
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PNS : Parcours Nutrition Santé
PPP : Plan Personnalisé de Prévention
PSA : Prostate Specific Antigen
RAI : Recherche d'Agglutinines Irrégulières
RAPS : Relevés Annuels de Prestations Sociales
RSA : Revenu de Solidarité Active
ROR : Rougeole – Oreillons Rubéole
ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
RSI : Régime Social des Indépendants
SA : Salariés Agricoles
SAOS : Syndrome d'Apnée Obstructive du Sommeil
SNDV : Syndicat National des Dermato-Vénérologues
SNS : Stratégie Nationale de Santé
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
SUMPPS : Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé
TSN : Territoire de Santé Numérique
UNOF : Union Nationale des Omnipraticiens Français
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
VHB : Virus de l'Hépatite B
VHC : Virus de l'Hépatite C
VIH (HIV) : Virus de l'Immunodéficience Humaine

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

La Mutualité Sociale Agricole (MSA) propose des bilans de prévention appelés Instants Santé à ses assurés tous les cinq ans, la clinique et la synthèse en sont délégués aux médecins généralistes. Leur fréquentation est en baisse et les médecins généralistes les apprécient moins, cependant les résultats prouvent qu'ils peuvent contribuer à la préservation de l'état de santé des assurés grâce à leur apport tant à titre individuel qu'à titre collectif.

Nous avons mené sept focus groups auprès de 38 médecins généralistes lorrains pour trouver des pistes d'amélioration et optimiser la coopération avec la MSA. Il en ressort qu'il faut mettre en place une étape de concertation entre la médecine générale et l'assureur maladie obligatoire MSA pour améliorer la pertinence de ces bilans, que leur délégation doit être accrue en les ancrant au niveau local. Il faut également mettre en place une coopération avec les acteurs de santé de proximité qui réaliseraient aussi les actions de suite. Ces bilans devraient être réalisés à des âges clés : 16 ans, 45 ans et 74 ans et à des moments clés : première ouverture de droits sociaux, âge du premier enfant et retraite.

La MSA et les acteurs de l'offre de soins de premier recours contribueraient ainsi à apporter une réponse pertinente en termes de services à l'assuré. La mise en place d'une prévention globale tout au long de la vie, objectif de santé publique de la stratégie nationale de santé, serait atteinte. Le rôle majeur de médecin généraliste dans cette approche globale serait ainsi mis en évidence concrètement.

TITRE EN ANGLAIS

Role of general medicine in complete check up of the agricultural health insurance (MSA) in France.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2014

MOTS CLEFS : bilan de santé, médecine générale, médecine préventive, Mutualité Sociale Agricole (MSA), coopération, focus group.

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
