

Préparer l'avenir pour mieux soigner

Les 24 et 25 mai derniers ont eu lieu à Paris les *Rencontres Prescrire 2014* sur le thème « Préparer l'avenir pour mieux soigner ». Ces journées très riches réunirent plusieurs centaines de personnes dont une petite délégation de belges représentant plusieurs maisons médicales, la Ligue des usagers des services de santé, le Groupement belge des omnipraticiens, le département de médecine générale de l'université libre de Bruxelles et la Fédération des associations des médecins généralistes de Charleroi. Quelques échos présentés par ces participants.

Patrick Jadoulle, médecin généraliste, maison médicale La Glaise, **Mima de Flores**, médecin généraliste, maison médicale des Primeurs, **Anne Gillet-Verhaegen**, médecin généraliste, présidente du Groupement belge des omnipraticiens, **Caroline Colinet**, médecin généraliste maison médicale des Marolles, **Karin Verbist**, médecin généraliste, maison médicale des Primeurs.

MOTS CLEFS : échange, médecine générale, système de santé.

Préparer l'avenir pour mieux soigner devrait s'imposer comme une évidence dans un contexte qui voit croître le nombre, la prévalence et la durée des maladies chroniques dont la plupart nécessitent de la part des soignants une organisation de leur travail et de leurs collaborations mutuelles bien différente de l'abord classique des maladies aiguës. Et si la nécessité de qualité ressort bien de notre devoir professionnel, il faut reconnaître que c'est un objectif parfois plus difficile dans un contexte de diminution, même toute relative, des moyens disponibles. Mais si nous ne nous en préoccupons pas, l'avenir pourrait se faire sans nous et contre nos valeurs.

Cette démarche qualitative volontariste ne pourra par ailleurs se réaliser qu'à condition que l'usager-patient soit partenaire des décisions qui le concernent.

Et aussi en se préoccupant de la formation des futures générations des professionnels concernés. Ainsi, en France, la formation des diverses professions paramédicales est-elle amenée dans un futur proche à évoluer, sous-tendue par une logique d'acquisition de compétences transversales pour tous ces professionnels. Ceci commence à être mis en œuvre pour les infirmières dont la formation s'universitarise sous formes d'unités d'enseignement semestrielles

soit thématiques soit d'intégration. L'objectif de cette réforme est d'amener les futures infirmières à développer plus de capacités analytiques et critiques, à partir de référentiels spécifiques, pour pouvoir réagir le plus adéquatement possible dans des environnements rapidement évolutifs. L'idée est donc bien d'encourager la posture réflexive et le raisonnement pour intégrer les connaissances théoriques à la réalité clinique rencontrée: il s'agit d'apprendre à apprendre. Une autre finalité est d'accentuer la capacité à mener à bien des recherches cliniques, de la prévention et de l'éducation thérapeutique.

L'avenir est au regroupement des professionnels de santé, c'est une évidence. En France, depuis une dizaine d'années, émergent de plus en plus d'initiatives de Maisons de santé, que l'on pourrait rapprocher de nos maisons médicales même si ce n'est pas vraiment superposable (alors que les « maisons médicales » françaises sont, elles, l'équivalent de nos postes de garde!), ainsi que des « pôles de santé », réseaux plus ou moins structurés de soignants de première et deuxième lignes desservant un territoire plus ou moins commun. Ces initiatives sont soutenues par les pouvoirs publics pour le financement de leur infrastructure, de leur coordination,... mais le financement des acteurs reste essentiellement à l'acte avec divers « palliatifs » pour

les populations plus précarisées, comparables au tiers-payant social ou à l'aide médicale urgente belges. Un exemple de pôle de santé parisien nous a été présenté, caractérisé par une grande disponibilité du service de

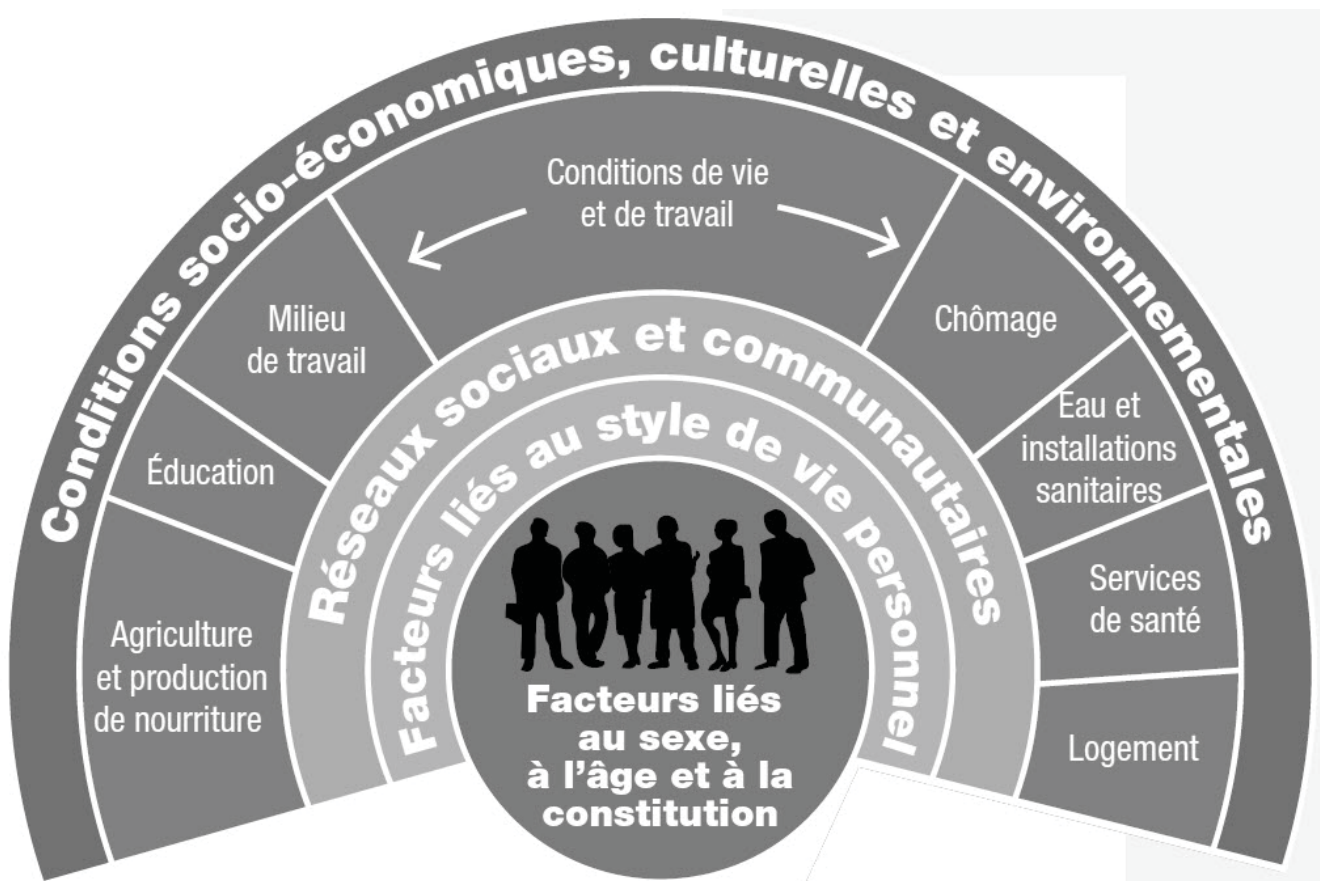
Cette démarche qualitative volontariste ne pourra par ailleurs se réaliser qu'à condition que l'utilisateur-patient soit partenaire des décisions qui le concernent.

médecine générale (de 8h à 21h les jours ouvrés, donc samedi inclus), une importante accessibilité financière et une volonté d'harmonisation des pratiques, effective mais encore limitée.

Qui dit regroupement ou meilleure coordination des professionnels de santé dit aussi utilisation quasi incontournable des nouvelles technologies de l'information. Une intervention d'un sociologue a

tenté d'attirer notre attention sur quelques dérives possibles en la matière. Une technologie est toujours normative et porteuse de valeurs inhérentes à la culture, au contexte dans lesquels elle a été conçue. Elle nous impose de plus en plus d'automatismes avec à la clé un risque de désapprentissage et de perte de la culture propre à chaque profession. L'on attend généralement d'une technologie qu'elle facilite l'exécution d'une tâche ou qu'elle effectue des tâches répétitives et ingrates pour libérer du temps et de l'espace pour les tâches plus nobles: mais pourtant ce sont les routines et le côtoiement des situations les plus banales qui construisent notre intuition pour repérer les choses extra-ordinaires et nous permettre d'y réagir adéquatement. Ainsi, c'est à force de voir des bébés en bonne santé, un peu tous les mêmes, dans des consultations de nourrissons, que le jeune médecin développe son intuition à repérer un bébé qui ne va pas bien, même parfois sans signe clinique explicite.

Les robots interviennent habituellement dans des endroits «inhumains», parce que ces endroits sont inaccessibles ou trop dangereux pour les êtres humains, ou parce que les humains ne sont pas assez précis ou performants pour la tâche à exécuter. Quand on les fait intervenir en interaction avec des personnes malades,



cela peut poser une série de problèmes. Ainsi dans une expérience où des robots interviennent à domicile auprès de patients déments pour sécuriser et faciliter leur maintien à domicile, il a été observé que :

- la présence du robot renvoie au handicap et aux limitations de la personne, et est dès lors parfois mal acceptée;
- l'intrusion du robot modifie les repères et l'environnement de la personne démente, ce qui se traduit parfois par une accentuation de sa dégradation intellectuelle.

Outre les plénières, ces 'Rencontres' sont composées de nombreux ateliers de travail dont quelques-uns nous ont paru mériter un écho dans ces colonnes.

Inégalités sociales de santé

Les inégalités de santé liées à des facteurs génétiques, à l'âge ou au sexe, sont par définition non modifiables (quoique...); il n'en va pas de même des inégalités sociales de santé que l'Organisation mondiale de la santé a qualifiées d'«injustices systématiques évitables» sous forme d'un continuum qui touche toute la population. Alors que la notion de précarité, qui renvoie aux plus pauvres de la société n'est que la partie émergée de l'iceberg.

On connaît le schéma des déterminants de la santé (voir schéma en page précédente) à travers lequel il apparaît clairement que les services de santé (ne devrait-on d'ailleurs pas plutôt parler de services de soins de santé?) ne constituent qu'un des éléments qui influence la santé des individus et qu'ils devraient donc idéalement s'intéresser aussi aux autres déterminants (à travers l'action communautaire, l'action politique, la santé publique,...). Paradoxalement, les services de santé peuvent aggraver les inégalités sociales de santé: c'est bien connu dans le domaine de la prévention qui profite le plus aux personnes déjà en meilleure santé qu'à celles plus à risque qui en auraient le plus besoin.

Qui plus est, la disponibilité et l'utilisation des soins médicaux de bonne qualité tend à varier de manière inversement proportionnelle aux besoins de la population concernée.

Mais au lieu de faire partie du problème, pouvons-nous faire partie de la solution? Oui, car nous pouvons nous doter d'outils de type «tableau de bord» ou «échancier» pour améliorer le suivi des populations plus précarisées en terme de filets de sécurité. Il faut aussi pouvoir s'appuyer sur d'autres partenaires pour la prévention: protection maternelle et infantile, Office de la naissance et de l'enfance où il y a parfois plus de

temps pour aborder la prévention et l'éducation à la santé. Et inventer des manières un peu différentes et plus flexibles de délivrer les soins (consultations plus longues, pluridisciplinaires,...).

Tout cela en vue d'une délivrance de soins proportionnels aux besoins afin de réduire autant que possible la part «soins dépendante» des inégalités sociales de santé.

Mais pour lutter contre celles-ci, il faut d'abord pouvoir les repérer, d'où l'importance d'encoder le statut social des usagers et leur niveau de compréhension du langage écrit.

Déprescrire

A partir du constat que nombre de patients sont sur-médicamentés, en particulier en cas de pathologies chroniques intriquées et chez les personnes âgées, la revue *Prescrire* invite à la réflexion sur la «déprescription»: ou comment le médecin traitant peut aider ses patients à faire le ménage dans leur traitement médicamenteux, si possible évidemment en les y associant activement! Ce qui nécessite souvent un long et minutieux travail d'investigation pour savoir depuis quand et pourquoi chaque médicament a été prescrit, ainsi parfois qu'un travail de persuasion de collègues médecins spécialistes.

Eviter l'évitable

Dans cet atelier, centré autour de l'histoire d'un cas clinique réel où un «problème» est survenu, la discussion en petits groupes pluriprofessionnels a permis de prendre conscience du rôle essentiel de chaque intervenant (médecin, pharmacien infirmier, secrétaire téléphoniste, membre de l'entourage, voisin, ambulancier,...) comme des maillons d'une chaîne. Le processus de soin est nécessairement pluriprofessionnel, l'analyser de manière pluriprofessionnelle en cas de souci est dès lors plus performant, plus apaisant et surtout plus juste. Mais cette approche connaît divers obstacles: manque de temps, de disponibilité; agendas non congruents, en particulier entre les soignants institutionnels (hôpitaux,...) et ceux de l'ambulatoire; rémunération inexistante ou insuffisante; désir insuffisant de travailler ensemble; humilité non évidente; difficultés de mettre à plat les jeux de pouvoir et/ou d'accepter les limites des compétences de chacun; craintes de sanctions...

Et, question centrale, quelle place y donner au patient et/ou à son entourage?

De l'information partagée à la décision éclairée

Savoir expliquer aux patients les avantages et les inconvénients des options de soins: trouver les mots appropriés, accompagner les patients dans leurs choix.

A partir de l'expérience québécoise et à travers des jeux de rôles, nous avons pu tester l'importance de se donner les moyens de partager la décision médicale avec le patient; pour permettre cette approche, nous devons passer par 4 étapes:

- amorcer un processus de prise de décision partagée: acter avec le patient le besoin de prendre une décision et identifier les options possibles; s'entendre sur l'envie du patient de prendre cette décision ensemble;
- transmettre les informations pertinentes de façon claire et équilibrée; il ne s'agit pas de convaincre le patient de choisir une option ou une autre ni, encore moins, de choisir à sa place sous prétexte que nous savons et que nous le connaissons bien;
- favoriser la participation active du patient à la prise de décision: l'information seule est insuffisante pour aider le patient à prendre sa décision, nous devons l'aider à clarifier ses valeurs vis-à-vis des avantages et inconvénients de chacune des options, à exprimer ce qu'il considère être le plus important pour lui;
- s'assurer que le patient assume pleinement sa décision; si ce n'est pas le cas, il est préférable de l'aider à poursuivre sa réflexion.

Technologies de communication: besoins et utilités

Comment les inventeurs rencontrent le monde médical pour tenter de développer des outils technologiques et robotiques qui pourraient aider nos patients, nos pratiques...

Des détecteurs de mouvements placés dans les pièces afin d'être averti d'une chute, à la caméra envoyant régulièrement la photo d'une plaie au dermatologue de la région pour éviter au patient de devoir se déplacer, à l'écran ergonomique qui combine TV, internet, accès téléphone avec webcam et télécommande très simple de trois boutons, de formes et couleurs différentes permettant aux personnes âgées ou malvoyantes de l'utiliser aisément et de rester connectées avec l'extérieur... L'astuce qui semblait la plus utile à notre pratique quotidienne: un stylo équipé d'une mini webcam qui filme ce qu'on écrit sur un cahier de liaison (restant au domicile du patient par exemple) et le transmet via smartphone vers le programme médical informatisé des différents intervenants auprès du patient.

La question principale fut; qui va pouvoir payer/financer ce genre de technologies/ aides à domicile??? L'avenir nous le dira!

Faciliter l'accès à la santé: l'exemple des médiatrices de santé

La médiation en santé est née en France des « Femmes Relais » sur le terrain dans les années 1990, pour progressivement évoluer vers une reconnaissance professionnelle de la médiation socio-culturelle. Nous avons eu l'occasion d'en voir deux illustrations concrètes.

Tout d'abord via l'exemple de l'Association Santé Bien-Etre, située dans un quartier populaire et prioritaire et créée suite à une démarche de diagnostic communautaire.

Se rendant compte de leur difficulté à traiter les problématiques sociales, les médecins ont repéré des habitants « naturellement aidants » dans le quartier et l'association a proposé une formation à ces personnes, qui sont ensuite devenues « habitantes relais » avec un contrat subsidié.

A travers les années d'expérience sur le terrain et grâce à une formation continue, ces habitantes relais deviennent de véritables professionnels de la médiation santé. Ces médiatrices sont bien accueillies et reconnues tant par les patients que par les professionnels de la santé du quartier.

Leur travail a permis l'Association Santé Bien-Etre d'évoluer vers une structure offrant une prise en charge globale, transversale et multidisciplinaire avec un accueil global et convivial, un accompagnement individuel en médiation, des consultations de médecine générale, des activités en santé communautaire, un comité des usagers...

Autre expérience, celle de la création d'un centre de santé communautaire dans une cité de la banlieue parisienne à l'initiative de l'association 'La Place Santé' qui regroupe médecins généralistes, musicothérapeute, psychologue, coordinatrice et surtout des médiatrices de santé. A la suite d'un diagnostic communautaire long de quatre ans, les professionnels santé du quartier se sont regroupés et ont fait appel à certains habitants du quartier capables de solidarité. Ils sont devenus des « habitants relais » prêts à donner des coups de main à des habitants forts malades ou nécessitant un accompagnement vers un service social par exemple.

Petit à petit cette fonction s'est développée, structurée; les habitants ont été formés et cinq sont actuellement salariés par l'association. Les « médiatrices de santé » (actuellement toutes des femmes) issues de différentes communautés du quartier, assurent actuellement, au sein de l'association: accueil et animation du café santé, accompagnements des habitants vers les services sociaux, de santé etc., animation d'ateliers collectifs abordant différents aspects « santé », interprétariat lors de certaines consultations de médecine générale, explicitation de traitement, etc. Elles sont au cœur de la dynamique communautaire de l'association, mobilisant au mieux les habitants du quartier: cette expérience intéressante place les habitants du quartier au cœur de la structure de santé.

Une difficulté dans ces expériences est que le statut de ces médiatrices en santé reste très fragile et dépendant des subsides octroyés. L'autre inconvénient est que ce métier est très lourd pour les médiatrices, vu qu'elles vivent dans le quartier où elles travaillent et sont souvent confrontées aux mêmes problématiques que les patients.

Connaître les compétences des autres professionnels de santé pour mieux coopérer

La Suisse fait face à une pénurie de médecins dans certaines vallées et est en train de tester des projets pilote (projet Netcare) de délégation vers les pharmaciens. Ceux-ci, sur base d'arbres décisionnels créés avec les généralistes peuvent résoudre une série de syndromes courants menant à une prescription de « médicaments de comptoir » ou de conseils. Quand cela s'avère nécessaire, ils peuvent faire appel à un service de télé-médecine où un médecin peut fournir une consultation via écran et caméra. Si le médecin sait résoudre le problème présenté par le patient, il faxe la prescription au pharmacien qui peut délivrer le produit; trois jours plus tard, le patient est contacté par téléphone pour évaluer le résultat du conseil donné. Si le médecin ne peut pas résoudre le problème, il réfère le patient vers un médecin ou un service hospitalier adéquat.

Une autre utilisation des services du pharmacien consiste en la gestion de la MAPA (mesure ambulatoire de la pression artérielle de 24H) et de la mini-polysomnographie.

Gain de temps, meilleure utilisation des ressources médicales, valorisation du rôle du pharmacien qui voit son rôle de conseiller renforcé mais également mieux « cadré ».

Cela nécessite du matériel, un espace dans la pharmacie permettant la confidentialité et une organisation permettant au pharmacien de s'absenter quelques minutes de son comptoir.

Prévenir les diagnostics par excès, les traitements par excès et la surmédicalisation

Cet atelier avait pour but de réfléchir à travers des cas cliniques aux sens et non-sens de différents dépistages, diagnostics précoces et traitements.

La disponibilité et l'utilisation des soins médicaux de bonne qualité tend à varier de manière inversement proportionnelle aux besoins de la population concernée.

On y a abordé notamment la question des différents dépistages de cancers (prostate, thyroïde, seins, poumons) ainsi que de la découverte « d'incidentalômes ».

Les normes et « l'invention des normes » en matière d'hypertension artérielle, de diabète, de dyslipidémie ont été regardés de manière critique.

Cet atelier très riche nous a invités à nous poser des questions sur nos attitudes en matière de prévention et à être prudents lors de l'interprétation des guidelines.

Nourrir les pratiques à partir des données de santé publique

La soirée du vendredi fut festive, dans un restaurant au sommet de la butte de Montmartre. Le petit groupe de belges y a mis l'ambiance, lançant les participants dans des danses endiablées sur des airs de Piaf ou d'autres chanteurs francophones célèbres... de fameux souvenirs!

Ces deux journées de rencontre se sont clôturées par quelques éclairages, en séance plénière, sur cette question.

Prenant appui sur le constat renouvelé, chiffres à l'appui, des inégalités sociales de santé, force est de relever que les politiques de prévention sont insuffisantes,

Pour inverser la tendance et adopter une posture préventive réellement efficace, il conviendrait de rencontrer les conditions suivantes :

- poursuivre des objectifs de prévention clairement validés et définis ;
- faire plus pour ceux qui en ont le plus besoin (inégalités sociales, culturelles,...), soit faire preuve d'« universalisme proportionné » en commençant par les identifier (enregistrement de la « position sociale » ?) et avec leur participation ;
- se doter d'outils structurés et structurants : dossier informatisé avec rappels automatiques sur base d'un échéancier personnalisé ;
- se former et analyser ses pratiques ;
- travailler avec tous les professionnels de santé du territoire concerné ;
- ainsi qu'avec les patients – habitants (au moins leurs représentants) et les ressources publiques et associatives du territoire.

notamment parce que le système est trop fragmenté entre services multiples qui ne se parlent pas et n'ont pas d'objectifs coordonnés.

Pour nous qui baignons dans le petit monde des maisons médicales, rien de très neuf... C'est en tout cas ce que nous expérimentons avec des bonheurs, certes divers, au quotidien de nos actions de promotion de la santé et de santé communautaire depuis déjà pas mal d'années pour certaines équipes, notamment grâce à tout le support méthodologique proposé par la Fédération des maisons médicales.

Un participant a souligné très opportunément le risque de médicalisation quand la médecine préventive est essentiellement médicale alors que les facteurs de risque principaux pour notre santé, à savoir le tabac, l'alcool, l'obésité et la sédentarité relèvent plus de la promotion de la santé qui elle n'est pas l'apanage des soignants.

Puis un représentant d'une association de patients vint utilement nous rappeler l'intérêt de tirer parti de l'expérience des patients : en effet certains passent progressivement du statut de profane à celui d'éclairés pour devenir de réels acteurs de leur santé, à tel point qu'un néologisme est né pour désigner ces « patients-acteurs » : ce sont des « actants » qui peuvent même devenir des patients « experts » au service d'autres patients, complémentairement aux professionnels de la santé.

Mais cela ne s'improvise pas : cela nécessite une formation à l'écoute et la capacité à prendre du recul par rapport à sa propre pathologie. En France, ce sont des bénévoles sélectionnés et formés par des associations de patients, agréés et contrôlés par le ministère de la Santé. Il y a des recherches en cours pour connaître le rapport « bénéfice/risque » de ces interventions notamment au Québec, il n'y a donc pas encore de résultats à ce sujet mais le ressenti est positif.

Les soignants peuvent en tirer parti pour améliorer la prise en charge d'autres malades car le patient-expert a généralement une bonne connaissance des aspects pratiques des répercussions de la maladie en question sur la qualité de vie : « *Le malade passe en moyenne 10h/an chez des soignants professionnels, et 6000h/an à se soigner tout seul...* » Donc chacun a sa place et doit être à sa place. Un atelier était consacré à ce sujet : Le « patient-expert » pour accompagner les soignants et améliorer les soins.

Tout au long de ces journées, une soixantaine de posters sont restés exposés, souvent très intéressants. Ils sont toujours visibles sur le site internet de La *Revue Prescrire* : www.prescrire.org/Fr/107/457/48489/3187/SubReportList.aspx

Rendez-vous pour la prochaine édition, en 2016 à Toulouse !