



A . Points de départ

1. L'OMS estime qu'une meilleure utilisation des mesures de prévention existantes pourrait réduire le fardeau global des maladies de 70% environ (WHO - The World Health Report 2008: "Primary Health Care – Now More Than Ever" ref. 9)

Malgré cela, la politique de prévention reste insuffisamment financée dans notre pays. L'OCDE a souligné que les pouvoirs publics consacrent dans notre pays moins de 29 euros par habitant à la prévention, contre 51 par exemple en France, 57 aux Pays-Bas et 68 euros en Allemagne. Et ceci alors qu'une étude récente des professeurs Guy De Backer (UGent) et Jan Peers (K.U. Leuven) a bien montré que les pouvoirs publics avaient tout à gagner d'une prévention plus poussée. Pour faire reculer le nombre d'infarctus du myocarde et d'accidents vasculaires cérébraux et faire tomber de 5% le nombre de patients à haut risque, il suffit selon De Backer et Peers d'un effort limité, ce qui devrait produire dans les dix ans déjà une réduction annuelle des coûts de 100 millions d'euros (réf. 8).

“Specialists may perform tasks that are better managed by general practitioners, family doctors, or nurses. This contributes to inefficiency, restricts access, and deprives patients of opportunities for comprehensive care. When health is skewed towards specialist care, a broad menu of protective and preventive interventions tends to be lost.” (WHO - The World Health Report 2008: “Primary Health Care – Now More Than Ever” ref. 9). La prévention – et certainement la **prévention primaire** – est par excellence une **affaire de la première ligne** et appartient au noyau dur du paquet de tâches des médecins généralistes. Ceux-ci manquent cependant de soutien structurel pour gérer une telle prévention pour tous leurs patients.

Ceci demande une **régie efficace** des soins autour du patient. Un échelonnement correct doit indiquer la bonne voie au patient. Son absence fait que trop peu de patients sont touchés pour les soins de santé préventifs essentiels et qu'un nombre excessif de patients sont chargés d'exams et d'actes superflus. La prévention primaire en 2^{ème} ou en 3^{ème} ligne (p.ex. vaccinations, frottis, ostéoporose,...) est centrée sur les organes et non sur les patients et le plus souvent trop fragmentaire et aspécifique.

L'offre de soins, en matière de soins de santé préventifs également, et la gestion des données qui y sont liées doivent être optimisées. La coordination de ces soins est une tâche importantes pour les **cercles** (voir plus bas).

Le financement des missions de prévention doit dès lors se faire à travers des canaux qui bénéficient à la première ligne.

Une généralisation efficace du **DMG** est à cet égard une condition de base: le DMG montre la voie adéquate au patient et rend possible d'une façon correcte la coordination et le financement des soins autour du patient. (voir plus bas).



La consultation de prévention

Vision du Syndicaat van Vlaamse Huisartsen

Le patient ne peut cependant pas être freiné par des obstacles financiers: c'est pourquoi un **système volontaire de tiers payant doit être généralisé** pour toute l'activité de première ligne et le ticket modérateur en première ligne – qui figure parmi les plus élevés d'Europe – doit être diminué de façon drastique.

La prévention secondaire peut être une tâche commune à plusieurs échelons. Ceci exige de bons accords et un financement qui a plutôt sa place dans le cadre des trajets de soins.

2. Alors que l'utilité d'une politique de prévention globale est évidente, il existe des doutes au sujet de l'efficacité d'interventions de prévention systématiques comme p.ex. en matière de gestion globale du risque cardiovasculaire, comme le montre le rapport 52A du KCE (ref. 6). La prévention systématique, telle qu'elle est visée par une consultation x-annuelle de prévention passe souvent à côté de son but (Michaël Weingarten , Israël , au récent congrès de la WONCA à Istanbul . (ref. 7). De plus, les généralistes savent d'expérience que ce sont les patients des classes sociales les plus basses – pour qui la prévention est encore plus importante – qui sont moins faciles à atteindre à travers les campagnes de prévention et moins enclins à répondre à une invitation à une consultation de prévention planifiée.

La prévention peut – certainement dans ce groupe de la population – mieux être abordée d'une façon "douce", en partant d'une relation de confiance entre médecin et patient: l'indispensable confiance aide à cadrer correctement et à relativiser l'information (les gens se laissent effrayer par les maladies. Réf. 10).

3. La prévention est une tâche dynamique et continue, qui n'est pas à résumer en une consultation x-annuelle. Gérer la prévention c'est également – et surtout – informer, c'est individuel, global et adaptable selon notamment les antécédents familiaux, l'âge, les habitudes de vie, l'endroit où l'on habite, les occupations professionnelles du patient. Le dépistage précoce systématique des pathologies ou de facteurs de risque n'a de sens que si, une fois ce dépistage fait, on prend les mesures nécessaires pour remédier aux problèmes trouvés ou pour les traiter.
4. Le Dossier Médical Global encourage à la prévention. Une étude intermutualiste sur la vaccination anti-grippale (hier 2004-2005) montre que le DMG augmente les chances que les gens soient vaccinés correctement (réf. 4). Les rapports de l'Agence intermutualiste (AIM) sur le dépistage du cancer du sein montrent également l'influence positive du DMG (réf. 5). Les femmes ayant un DMG participent davantage aux programmes de dépistage que les femmes qui n'en ont pas. Le DMG est donc la piste par excellence pour stimuler la prévention par le généraliste et pour stimuler et récompenser le patient qui consulte dans une optique de prévention. Le DMG est aussi l'outil par excellence pour enregistrer les données préventives, également lorsque celles-ci sont été collectées par un médecin que le détenteur du DMG. Ce n'est qu'en rassemblant toutes les informations de prévention qu'une politique de prévention globale et cohérente est possible.



La consultation de prévention

Vision du Syndicaat van Vlaamse Huisartsen

5. Il existe indéniablement une différence d'approche des problèmes médicaux – de la prévention également – entre les différentes régions du pays (réf. 5. Evaluation de l'AIM sur le dépistage du cancer du sein). Le pourcentage de patients pourvus d'un DMG par exemple diffère encore nettement des deux côtés de la frontière linguistique. Le financement des initiatives concernant la prévention doit coller à la "culture médicale" dans les différentes communautés. Ceci est possible en stimulant les **cercles de médecins généralistes** à mettre sur pied une politique de prévention globale et à impliquer et à soutenir leurs membres dans cette démarche.
"A primary health care approach is the most efficient, fair, and cost-effective way to organize a health system. It can prevent much of the disease burden, and it can also prevent people with minor complaints from flooding the emergency wards of hospitals. Decades of experience tell us that primary health care produces better outcomes, at lower costs, and with higher user satisfaction." Ainsi s'exprimait le Dr Margaret Chan, directeur général de l'OMS, le 16 octobre de cette année, à Alma Ata, à l'occasion de la présentation du rapport . Et d'ajouter: *"To steer health systems towards better performance, the report calls for a return to primary health care, a holistic approach to health care formally launched 30 years ago. When countries at the same level of economic development are compared, those where health care is organized around the tenets of primary health care produce a higher level of health for the same investment. Such lessons take on critical importance at a time of global financial crisis. Viewed against current trends, primary health care looks more and more like a smart way to get health development back on track."* (ref. 9)
Un peu moins récemment, mais tout aussi parlantes sont l'étude de Barbara Starfield (Quality Management in Primary Care – An European Approach 2005 ref. 1) et un rapport récent du KCE (rapport 85A.)(ref. 3) où l'on peut constater qu'une première ligne forte conduit à des économies.
6. Le financement de l'aide à la pratique, telle que déjà fixée dans Impulseo II et, espérons-le, bientôt dans Impulseo III pour les pratiques en solo et d'autres formes de soutien de pratique, est une étape importante à cet égard et doit être étendu. Mais le soutien financier aux **cercles de médecins généralistes** qui mettent sur pied un programme de soutien à la prévention – proche de la population – offre pas mal de possibilités de ce point de vue.
7. Le **Dossier Médical Informatisé (DMI)** est l'outil par excellence pour mettre sur pied et suivre une politique de prévention organisée. Les données préventives, comme les vaccinations, les facteurs de risque, etc, font partie intégrante du cœur du dossier du patient (SUMEHR). Le DMI permet d'enregistrer correctement les données préventives du DMG, de les suivre, les échanger, les analyser et éventuellement de les évaluer et de les compléter de façon externe, p. ex. avec l'aide du coordinateur du cercle. L'enquête réalisée l'an dernier par l'Inami autour de l'utilisation du DMI (ref. 2) montre que la moitié environ des médecins utilisent le module de prévention dans leur DMI.

B. Objectifs:



La consultation de prévention

Vision du Syndicaat van Vlaamse Huisartsen

1. Optimisation de la santé publique au moyen d'une politique de prévention adéquate
2. Revalorisation de médecin de famille et de son rôle central dans les soins de santé
3. Revalorisation du DMG comme moyen par excellence pour des soins efficaces au patient
4. Soutien des cercles de généralistes: coordination, logistique, point de contact régional pour la population et les autres travailleurs de la santé
5. Promotion et revalorisation du Dossier Médical Informatisé comme instrument d'une utilisation optimale du DMG
6. Maîtrise des coûts d'une politique de santé efficace par
 - la centralisation des données dans le DMG
 - l'utilisation optimale du DMI
 - l'utilisation optimale des possibilités des soins de première ligne
 - un échelonnement correct

C. La proposition du SVH:

Se basant sur cette argumentation et dans le but de réaliser ces objectifs, le SVH propose de répartir le montant qui sera libéré pour la promotion d'une politique de prévention efficace entre:

- 1 **D'une part un financement des cercles de généralistes qui développent et réalisent effectivement un programme de prévention (p.ex. coordinateur de prévention ou consultant de prévention, soutien administratif, structurel ou en matière de technologie de l'information, formation continue, mise sur pied d'un système call/recall, information de la population, brochures concernant la prévention, collaboration avec les généralistes tabacologues, infirmier(e)s, diététicien(ne)s, kinésithérapeutes, collecte de données, évaluation, ...). Un montant de 1,2 € par habitant paraît réaliste à cet égard (cf. une étude à ce sujet faite par le cercle de généralistes de la région de Turnhout, déjà soumise à l'Inami).**
- 2 **D'autre part, l'utilisation du GMD, en tant qu'outil de soins globaux efficaces, doit être généralisé. Le SVH propose dans le cadre d'une meilleure prévention un financement P2 lié au DMG (à appeler GMD+ ou DPG) d'un montant de 10 euros pour les patients avec qui on mène effectivement une politique de prévention. Ces patients bénéficieraient alors parallèlement d'une réduction du ticket modérateur sur toute consultation chez le généraliste. Cet upgrade du DMG optimise et revalorise le travail préventif du médecin de famille. On peut alors faire la prévention de façon personnalisée avec le patient, dans un cadre temporel réaliste, à la mesure du médecin, de sa pratique et du patient (éventuellement dans le cadre de projets mis sur pied par le cercle de généralistes).**



La consultation de prévention

Vision du Syndicaat van Vlaamse Huisartsen

- 3 Le SVH demande en même temps que de l'argent soit libéré pour optimiser le DMI, de façon à ce que chaque logiciel labellisé dispose d'ici 2010 d'un module de prévention efficient et puisse produire un noyau de dossier (SUMEHR) qui peut rendre les données de prévention analysables, échangeables et évaluables (voir aussi point 4, ci-dessous).
- 4 Le patient qui confie la gestion de son DMG à un médecin de famille, acquiert de la sorte également le droit de faire ajouter, à sa demande, au DMG, les résultats d'exams préventifs (et autres) réalisés ailleurs. Ces résultats doivent être électroniquement intégrables au DMI du médecin de famille.

D. Références :

1. Quality Management in Primary Care – A European Approach 2005

http://www.svh.be/starfield_berlin_jan05.pdf

2. Inami. Enquête sur l'informatisation des médecins généralistes:

http://www.inami.fgov.be/care/fr/doctors/promotion-quality/study_computer/pdf/study_computer.pdf

3. KCE studie ter Vergelijking van kost en kwaliteit van twee financieringssystemen voor de eerstelijnszorg in België.

http://www.kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=5262&CREF=11498

4. Communiqué de presse des MC sur le DMG 2007

http://www.mc.be/fr/109/remboursements/dossier_medical_global/index.jsp?ComponentId=4597&SourcePageId=15617

et

http://www.nic-ima.be/library/documents/health_monitoring/griepvaccinatie%20FR%20winter%202004-2005%20-V1.6.pdf

5. Evaluation par l'AIM du le dépistage du cancer du sein

http://www.nic-ima.be/library/documents/quality%20projects/MA%205%20FR%20Depistage_cancer_sein.pdf

6. Prévention primaire cardiovasculaire en médecine générale en Belgique



La consultation de prévention

Vision du Syndicaat van Vlaamse Huisartsen

http://www.kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=6227&CREF=8935

7. La prévention systématique rate son but

http://www.medinews.be/full_article/detail.asp?aid=13984 FRANS????

8. Prévenir vaut mieux que guérir

<http://www.trends.be/nl/opinie/trends-opinie/4-246-44985/voorkomen-is-rendabeler-dan-genezen.html>

<http://nl.medisurf.be/protected/publications/artsen-krant/1854/C415901B-1DA2-4C86-8B45-53EEA694386C.vak.html>

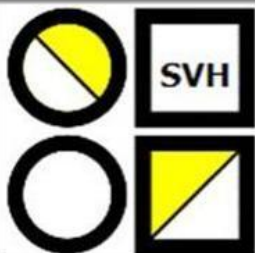
9. Primary Health Care , now more then ever

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr38/en/index.html>

<http://www.who.int/dg/speeches/2008/20081014/en/index.html>

10 .Mensen laten zich te bang maken voor ziekten

http://www.volkskrant.nl/binnenland/article1079697.ece/Mensen_laten_zich_te_bang_maken_voor_ziekten



Syndicaat van Vlaamse Huisartsen vzw

Leopold II laan 19 9200 Dendermonde

www.svh.be

e-mail: secsvh@telenet.be