



**ENSP**  
ECOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

– 2007 –

**« LA CONSULTATION DE PREVENTION  
DES 70 ANS : L'ENJEU DE LA  
COOPERATION INTERPROFESSIONNELLE  
DANS UN DISPOSITIF DE SANTE PUBLIQUE »**

– Groupe n° 2 –

- Corinne CHERUBIN (D3S)
- Laetitia DEBLONDE (DS)
- Benjamin DORMY (D3S)
- Florence GILLE (EDH)
- Marie LANTUEJOU (IASS)
- Eric LE GOURIERES (DS)
- Charlotte LHOMME (EDH)
- Bruno MILCENT (EDH)
- Laure SPINARD (D3S)

**Animatrice**

**Dr Danièle MISCHLICH**

---

# Remerciements

---

Nous tenons à adresser nos remerciements au Docteur Danièle MISCHLICH, Médecin de Santé Publique, chargée de mission à la DRASS de l'Ile de France et pour la consultation de prévention des 70 ans, pour la qualité de son accompagnement et sa disponibilité.

Nous tenons également à remercier les personnes rencontrées sur les sites, les personnes interrogées au cours des conférences téléphoniques et des entretiens, qui ont contribué à faire progresser notre réflexion.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 La consultation de prévention des 70 ans : un véritable enjeu de santé publique.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 La prévention chez les 70 ans, un thème complexe et multidimensionnel....</b>	<b>3</b>
1.1.1 La prévention, un terme aux multiples facettes .....	3
1.1.2 La prévention chez les 70 ans : un compromis entre prévention primaire et secondaire.....	5
<b>1.2 La place de la coopération interprofessionnelle dans l'organisation du système de santé publique .....</b>	<b>6</b>
1.2.1 Coopération, délégation, transfert et compétences : éléments de définition de la coopération interprofessionnelle.....	6
1.2.2 Enjeux de la coopération professionnelle .....	7
<b>2 Les expérimentations multiples tendant vers une coopération élargie .....</b>	<b>11</b>
<b>2.1 Un outil incontournable : l'auto-questionnaire.....</b>	<b>11</b>
2.1.1 La description des stratégies élaborées .....	11
2.1.2 L'auto-questionnaire : pierre angulaire d'une démarche de prévention .....	11
<b>2.2 Un dénominateur commun : le médecin traitant.....</b>	<b>12</b>
2.2.1 En amont, un rôle à définir ? .....	12
2.2.2 En aval, un rôle clairement identifié .....	12
<b>2.3 Un réseau pluridisciplinaire de prévention de santé mis en place progressivement.....</b>	<b>13</b>
2.3.1 Les professionnels de santé associés aux expérimentations en cours.....	13
2.3.2 Les perspectives d'évolution vers un élargissement du réseau.....	14
<b>3 Les bénéfices et les limites observés de la consultation de prévention des 70 ans au plan individuel et collectif .....</b>	<b>15</b>
<b>3.1 Le point de vue des professionnels de santé .....</b>	<b>16</b>
3.1.1 Un aspect structurel important : le financement du système de santé .....	16
3.1.2 Un impact sur l'évolution des pratiques professionnelles.....	17
3.1.3 Un facteur déterminant dans l'efficacité du dispositif : la communication.....	18
<b>3.2 Le point de vue des usagers.....</b>	<b>19</b>
3.2.1 La problématique financière .....	19

3.2.2	La promotion de la santé .....	19
3.3.3	La nécessité de communiquer et d'expliquer la consultation .....	20
<b>4</b>	<b>Les suggestions pour la mise en œuvre d'une consultation de prévention</b>	<b>21</b>
<b>4.1</b>	<b>En amont de la consultation.....</b>	<b>22</b>
4.1.1	La communication : un outil incontournable de réussite dans la politique de prévention .....	22
4.1.2	L'auto-questionnaire : élément central de la consultation de prévention des 70 ans .....	22
<b>4.2</b>	<b>Pendant la consultation .....</b>	<b>23</b>
4.2.1	A qui sera confiée la consultation de prévention des 70 ans ?.....	23
4.2.2	Où aura lieu la consultation de prévention des 70 ans ? .....	24
4.2.3	Quels actes sont visés par la consultation de prévention des 70 ans ?.....	24
4.2.4	Comment les acteurs de la consultation seront-ils rémunérés ?.....	24
4.2.5	Sur quel support seront conservées les informations pour permettre un suivi de qualité ?.....	25
<b>4.3</b>	<b>En aval de la consultation.....</b>	<b>25</b>
<b>CONCLUSION .....</b>		<b>27</b>
<b>Bibliographie .....</b>		<b>I</b>
<b>Documents annexes uniquement joint au rapporteur du groupe</b>		

---

## Liste des sigles utilisés

---

ADMR	Aide à Domicile en Milieu Rural
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CES	Centre d'Examens de Santé
CETAF	Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CISS	Collectif Inter associatif Sur la Santé
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CODES	COmité Départemental d'Education pour la Santé
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DMP	Dossier Médical Personnel
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
EPS	Education Pour la Santé
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
GRSP	Groupement Régional de Santé Publique
HAS	Haute Autorité de Santé
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IIRSA	Institut inter Régional pour la Santé
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
InVS	Institut national de Veille Sanitaire
ISPED	Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MIP	Module Interprofessionnel de santé publique
MSA	Mutualité Sociale Agricole
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PLFSS	Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PRSP	Plan Régional de Santé Publique
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux

---

# Méthodologie

---

Le module interprofessionnel de santé publique (MIP) a permis de réunir neuf élèves issus de différentes filières : trois élèves directeurs d'établissements sanitaires et sociaux, trois élèves directeurs d'hôpital, deux élèves directeurs de soins et une élève inspecteur de l'action sanitaire et sociale.

L'un des objectifs du MIP était de percevoir l'intérêt des approches pluri professionnelles de la problématique et de les concilier entre-elles. Chacun d'entre nous a eu un temps d'appropriation de la problématique proposée. Un dossier documentaire nous a ainsi été fourni avant le début du module MIP.

Le premier jour du module, nous nous sommes présentés en spécifiant l'intérêt du choix du sujet et nos éventuelles expériences dans le domaine traité. De même, Mme MISCHLICH a présenté sa fonction et ses missions actuelles au sein du ministère de la Santé et des Solidarités. Elle a ensuite précisé la problématique de santé publique, les ressources et les objectifs de cette formation autour de leurs dimensions méthodologique et pédagogique.

Comme le demandait l'organisation du MIP, un référent s'est porté volontaire pour effectuer le lien entre le groupe, l'animatrice et la coordination du MIP. Nous avons ensuite travaillé dans la bonne humeur, notre réflexion et nos échanges ont été riches et constructifs.

La phase d'investigation a été conduite par Mme MISCHLICH. Elle s'est assurée de prendre les premiers contacts et les rendez-vous avec les personnes ressources. Elle avait fixé trois conférences téléphoniques, trois réunions et une rencontre sur site. Chacun d'entre nous s'est positionné pour participer à ces différents rendez-vous. Pour que ces entretiens soient exploitables, le groupe a construit un guide d'entretien. Celui-ci a été ensuite adapté selon la personne enquêtée. Les entretiens n'ont pas été enregistrés.

Le plan détaillé a été élaboré en fin de deuxième semaine de MIP et soumis à l'animatrice et à une personne ressource dans le domaine traité. Ensuite, deux à trois personnes ont été chargées de la rédaction d'une des parties correspondant à leurs entretiens ou à leurs recherches bibliographiques. Enfin, trois personnes ont fait une lecture finale du document et celui-ci a été soumis à l'animatrice.

## INTRODUCTION

*« Mourir, la belle affaire.  
Mourir cela n'est rien !  
Mais vieillir, oh ! vieillir... »  
Jacques Brel*

La population âgée de 65 à 74 ans représente en France environ 5 millions de personnes en 2007<sup>1</sup>, et l'espérance de vie continue de progresser d'un trimestre chaque année jusqu'à dépasser aujourd'hui 80 ans. Par conséquent, le nombre de personnes dépendantes est amené à croître. Or, la perte d'autonomie touche environ 6 à 7% des personnes de plus de 60 ans<sup>2</sup>. Ce constat impose une politique d'anticipation des risques de dépendance. En effet, grâce à la prévention, *« dans les trente dernières années, la mortalité prématurée liée aux maladies cardiaques a été réduite de plus de 40% en Europe. Celle qui était due aux accidents vasculaires cérébraux, de près de 60%. »*<sup>3</sup>

Les politiques de prévention se développent sensiblement depuis quelques années. Le rapport *Santé, pour une politique de prévention durable* de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)<sup>4</sup> et le rapport *Stratégies nouvelles de prévention* de la Commission d'orientation et de prévention<sup>5</sup> présidée par le Dr Toussaint privilégient un changement d'orientation du système de soins en France. Notamment, l'accent doit être mis selon ces rapports sur la prévention au cours des périodes charnières de la vie : celles où les individus sont fragilisés. Par exemple, la prévention doit contribuer à un « vieillissement réussi »<sup>6</sup> comme le préconise le Plan national « Bien Vieillir » 2007-2009. La consultation de prévention des 70 ans proposée à l'occasion du Plan Solidarité Grand Age du 27 juin 2006 s'inscrit dans cette logique.

---

<sup>1</sup> Estimations de l'INSEE, 2006, données provisoires.

<sup>2</sup> Plan Solidarité Grand Age, 27 juin 2006.

<sup>3</sup> Ibid.

<sup>4</sup> Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales « Santé, pour une politique de prévention durable ». 2003. 399 p.

<sup>5</sup> Rapport de la Commission d'Orientation de Prévention, présidée par le Dr Jean-François TOUSSAINT « Stratégies Nouvelles de Prévention », remis au Ministère de la Santé et des Solidarités. Décembre 2006. 219 p.

<sup>6</sup> Plan national « Bien Vieillir » », 2007-2009.

Depuis mars 2007, l'expérimentation de la consultation de prévention associée à l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED) d'Aquitaine, cinq médecins du Val-de-Marne, du Finistère et du Bas-Rhin, pour tester les outils élaborés au niveau national. Ces trois départements ont été retenus pour la suite de l'expérimentation. Cette consultation de prévention débute avec un auto-questionnaire rempli par la personne de 70 ans, préalablement à un rendez-vous chez son médecin traitant. Il s'agit de déterminer un profil de santé et d'élaborer un parcours personnalisé de prévention. Cette approche globale et préventive vise à responsabiliser le patient en l'encourageant éventuellement à modifier son comportement.

La médecine préventive procède d'un changement de paradigme dans l'univers médical français : il s'agit de rompre avec les logiques hospitalo-centrées antérieures. La culture des médecins ainsi que leur formation sont éloignées des questions de santé publique et de gérontologie. La consultation de prévention des 70 ans bouscule ainsi l'organisation traditionnelle du système de santé en instaurant une modification des représentations, des pratiques et des rôles de chacun. Elle suppose en effet de remplacer une logique centrée sur les soins et le curatif par une démarche anticipatrice qui tient compte de l'environnement familial et social des individus. La prise en charge médicale vient s'enrichir de nouvelles pratiques inspirées du champ paramédical, médico-social et social.

L'efficacité de la prévention est très difficile à évaluer dans la mesure où elle repose sur le « non événement ». Les bénéfices de la prévention se mesurent plus à l'échelle collective qu'à l'échelle individuelle. Il s'agit en outre d'agir sur des représentations et des comportements, ce qui est aléatoire et délicat, le médecin n'étant peut-être pas toujours le plus à même d'accomplir cette tâche. C'est pourquoi d'une part l'adhésion du patient est essentielle, et d'autre part, la coopération interprofessionnelle est un élément central pour la réussite du dispositif. Les différents professionnels du champ sanitaire et social doivent développer de nouvelles compétences et trouver une articulation efficace autour du patient, lui-même invité à être acteur de sa santé.

### **Comment, dans ce contexte, mobiliser et articuler les acteurs de santé publique autour de la consultation de prévention des 70 ans ?**

La politique de prévention des pathologies de la population âgée de 70 ans est un enjeu de santé publique (1) dont la mise en œuvre, à travers diverses expérimentations (2), confirme les bénéfices et révèle les obstacles (3). A partir de ces constats, des pistes de réflexion pourront être émises concernant la mise en place de la consultation de prévention des 70 ans (4).

# 1 La consultation de prévention des 70 ans : un véritable enjeu de santé publique

## 1.1 La prévention chez les 70 ans, un thème complexe et multidimensionnel

La consultation de prévention des 70 ans, comme son nom l'indique, se présente comme un outil permettant la mise en œuvre d'une action de prévention envers la population âgée de 70 ans. Elle s'intègre dans la thématique plus large de « *santé publique [qui] constitue un domaine d'actions dont l'objet est la protection et l'amélioration de la santé de la population.* » <sup>7</sup>

### 1.1.1 La prévention, un terme aux multiples facettes

Sous le verbe « prévenir », se distinguent deux dimensions. La première est une dimension de « protection » et de lutte contre une épidémie. La seconde, une dimension de prévention positive ou universelle, revient à informer une personne ou une population sur son état de santé. C'est ce que l'on appelle aussi la promotion de la santé.

Concernant la première acception du terme « prévention » on distingue trois niveaux différents selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) <sup>8</sup>.

La prévention primaire est destinée à lutter contre l'apparition d'une maladie, c'est-à-dire qu'elle intervient avant sa survenue. Les campagnes de vaccination entrent dans ce cadre. Il peut s'agir aussi d'influer sur les comportements des personnes. Les grandes campagnes publicitaires pour lutter contre l'alcool et le tabac appartiennent aussi à cette catégorie de prévention. De même qu'encourager la pratique régulière d'une activité physique fait partie de cette catégorie, puisque cela contribue à améliorer un état de bien-être et peut diminuer le risque de certaines maladies.

La prévention secondaire est constituée des mesures tendant à diminuer la durée et la gravité d'une maladie. Si l'on ne peut prévenir la maladie en elle-même, en empêchant qu'elle ne survienne, on peut tenter de la déceler au plus tôt pour la combattre le plus efficacement possible. C'est tout le domaine du dépistage comme, par exemple, le dépistage du cancer du sein chez les femmes à partir d'un certain âge.

---

<sup>7</sup> HENRARD (J.-C.), ANKRI (J.), *Vieillesse, grand âge et santé publique*, Editions ENSP, septembre 2003, 477 p.

<sup>8</sup> Hospimedia, *L'hôpital au rang de la prévention*, 19 juin 2003.

Enfin la prévention tertiaire s'attache à réduire les incapacités dues à une maladie dont on n'a pu empêcher la survenance ni même la diagnostiquer. Il s'agit dans ce cas de diminuer les conséquences de cette maladie.

Le terme de promotion de la santé est beaucoup plus récent dans le paysage du système de santé français<sup>9</sup>. Il innove en ce qu'il procède d'une association que l'on pourrait qualifier d'active avec le patient. On peut là aussi distinguer trois niveaux de prévention.

Le premier est la prévention universelle, en direction de l'ensemble de la population : il s'agit de mesures d'ordre général. C'est là que l'on retrouve significativement la promotion de la santé en tant que telle. Ce que l'on cherche à démontrer est que l'implication d'une personne dans la prévention peut être capitale. De ce fait, le sujet est responsable de son état de santé et peut contribuer à son bien-être.

Le deuxième ensemble consiste en une prévention orientée vers un groupe de personnes plus restreint, des personnes présentant un risque plus élevé d'être affectées par une maladie. Ici, on recouvre plus le domaine traditionnel de la prévention des maladies et épidémies.

Le troisième type de prévention est nommé « *prévention ciblée* », car elle est dirigée vers les malades exclusivement afin de les aider dans la prise de leur traitement et dans le but d'en améliorer le résultat. La prévention ciblée s'identifie à l'éducation thérapeutique des patients en associant positivement ce dernier à la médication prescrite.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé<sup>10</sup> a, pour la première fois en droit français, donné une définition juridique de la prévention. Selon cette définition, « *l'objet de la politique de prévention est d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie ou d'accident* ». Elle a été complétée par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique<sup>11</sup>, qui a voulu consacrer une place plus grande à la prévention dans le système de santé français.

---

<sup>9</sup> BOURDILLON (F.), BRUCKER (G.), TABUTEAU (D.) (dir.), *Traité de santé publique*, Paris : Flammarion, Médecine-Sciences, avril 2004, 536 p.

<sup>10</sup> Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, publiée au JO n°54 du 5 mars 2002.

<sup>11</sup> Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, publiée au JO n°185 du 11 août 2004.

### 1.1.2 La prévention chez les 70 ans : un compromis entre prévention primaire et secondaire

La consultation de prévention est destinée à une population âgée de 70 ans. Ce choix a été réalisé en accord avec les gériatres car il constitue un compromis entre les deux dimensions de la prévention, primaire et secondaire. Cela permet de mettre en place des actions de prévention des troubles futurs mais aussi de chercher à diminuer les conséquences des états chroniques. D'autre part, il apparaît pertinent de mener une action de prévention spécifique pour les personnes âgées de 70 ans, puisque les problèmes de santé de la population âgée tiennent une place croissante du fait de la transition épidémiologique. Celle-ci se traduit par la prédominance des maladies dégénératives et chroniques ne menaçant pas la vie<sup>12</sup>.

Le choix d'un âge arrêté permettra à toutes les personnes atteignant ce stade de bénéficier d'un bilan de santé et ce quel que soit leur état de santé. De nombreux auteurs ont ainsi fait remarquer que l'âge n'était pas un indicateur pertinent de l'état de santé de la personne âgée. Le rapport sur la thématique de la vie sociale des personnes âgées<sup>13</sup> a permis de réactualiser la définition des personnes âgées en utilisant d'autres critères qui viennent compléter celui de l'âge.

Tout en rappelant l'ancienne distinction entre les deux catégories : les autonomes et les dépendants, il a fourni une nouvelle distinction qui mérite une attention toute particulière. Cette seconde tentative de classification différencie trois catégories : les actifs, les fragiles et les dépendants.

Les actifs sont les mêmes que ceux regroupés dans le groupe des retraités, les autonomes en soi. Ils sont définis comme ayant majoritairement moins de soixante-quinze ans et appartiennent à la classe moyenne.

Les fragiles sont l'innovation majeure de cette classification bien que les auteurs de la mission reconnaissent que cette catégorie reste encore à cerner. Néanmoins, ils représentent à eux seuls plus de la moitié des personnes de plus de soixante ans. Cette catégorie fait le lien entre les actifs et les dépendants, car la fragilité est ici perçue en termes de perte d'autonomie. Bien que faisant l'objet de moult débats, le professeur Alain Franco, gériatre au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble, a fait part de tout

---

<sup>12</sup> HENRARD (J.-C.), ANKRI (J.), *Vieillesse, grand âge et santé publique*, Editions ENSP, septembre 2003, 277 p.

<sup>13</sup> HERVY (B.), *Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées*, Rennes : ENSP, novembre 2003, 159 p.

l'enjeu que représentait la reconnaissance de cette catégorie, car elle permet aux professionnels de prévenir la dépendance.

Ces deux premières catégories de personnes sont celles visées principalement par la consultation de prévention, dont l'objectif est bien d'augmenter l'espérance de vie de ces personnes, mais en tentant de préserver une vie sans incapacité. La notion du « bien vieillir » est centrale chez les promoteurs de cette expérimentation.

Les personnes âgées dépendantes constituent une troisième catégorie qui se trouve peu concernée par la consultation de prévention, puisque son objet est de prévenir et retarder l'apparition de toute forme d'incapacité, terme générique et englobant la notion de dépendance, équivalent à une restriction d'activités.

## **1.2 La place de la coopération interprofessionnelle dans l'organisation du système de santé publique**

Dans le cadre du programme de travail 2007 de la Haute Autorité de Santé (HAS), une des priorités ciblées concerne l'évaluation des stratégies de santé, et notamment l'évaluation en santé publique et la coopération interprofessionnelle. Dans ce contexte, la coopération entre professionnels de santé est un axe de travail central pour l'avenir et l'optimisation du système de santé français. Ce n'est pas une pratique nouvelle, mais elle s'est surtout développée au sein des équipes de travail exerçant un même métier. Il s'agit donc aujourd'hui de dépasser ce cadre pour l'inscrire dans une logique interprofessionnelle.

### **1.2.1 Coopération, délégation, transfert et compétences : éléments de définition de la coopération interprofessionnelle**

La coopération<sup>14</sup> ou le fait de participer à une action ou une œuvre commune, qui repose sur la responsabilité de chacun, est caractéristique de la pratique des professions de santé. La coopération, c'est aussi un travail dans l'interdépendance de façon provisoire, qui repose sur les échanges professionnels mais qui maintient des distances. Ce terme générique comporte plusieurs modalités et associe différents termes : la délégation, le transfert et les compétences.

---

<sup>14</sup>- Rapport d'étape de la Haute Autorité de Santé « Délégation, transfert, nouveaux métiers..., conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé ». Janvier 2007. p.4.

La délégation<sup>15</sup>, en premier lieu, désigne l'action par laquelle le médecin confie à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soin ou d'une tâche. Elle comprend l'idée de supervision. Si la responsabilité du délégant (le médecin) reste engagée du fait de la décision de déléguer, la responsabilité du délégué (le professionnel non médical) est engagée dans la réalisation de l'acte.

Le transfert<sup>16</sup>, pour sa part, est défini comme l'action de déplacer l'acte de soin, d'un corps professionnel à un autre : les activités sont confiées dans leur totalité, y compris en terme de responsabilité, à une autre profession. Les professionnels non médicaux sont donc autonomes dans la décision et la réalisation.

La compétence<sup>17</sup>, enfin, est la maîtrise d'une combinaison de savoirs (connaissances, savoir-faire, comportement et expérience) en situation. Cette notion traduit la capacité d'un professionnel à combiner ses ressources propres pour agir dans une situation précise. Elle renvoie à la personne qui l'a acquise et qui la possède, et elle ne peut donc pas se déléguer. Ces compétences peuvent être spécifiques à un métier ou transversales à plusieurs métiers.

### **1.2.2 Enjeux de la coopération professionnelle**

Si la coopération professionnelle met en lien les différents acteurs de la prise en charge d'un patient, elle s'inscrit également dans un cadre de cohérence donné par le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) et la HAS.

Le PRSP<sup>18</sup> constitue l'outil commun de la politique de santé de l'Etat. Il est mis en œuvre par un Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) associant l'URCAM, la DRASS, la DDASS, les Unions Régionales de Médecins Libéraux (URML), la Mutuelle Sociale Agricole (MSA) et les collectivités territoriales.

La HAS a quant à elle pour missions :

---

<sup>15</sup> Ibid. p.7.

<sup>16</sup> Ibid. p.8.

<sup>17</sup> Rapport « Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé », piloté par Yves MATILLON, remis au Ministre de la Jeunesse, de l'Education nationale et de la Recherche et au Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Août 2003. p. 6.

<sup>18</sup> Le PRSP « détermine les priorités en termes d'actions à mener sur cinq années pour améliorer l'état de santé de la population dans la région ». DEVILLE (N.) Politiques régionales de santé publique et de gestion du risque. Quelle articulation ? *Réseaux*, juillet 2006, n°7, p. 2.

- d'évaluer scientifiquement l'intérêt médical des médicaments, des dispositifs médicaux, et des actes professionnels, et de proposer ou non le remboursement par l'assurance maladie ;
- d'améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé et en médecine de ville ;
- de veiller à la qualité de l'information médicale diffusée ;
- d'élaborer des recommandations, voire des référentiels des bonnes pratiques.

La HAS définit quatre enjeux de coopération interprofessionnelle.

- Le principal enjeu est d'améliorer le parcours des patients en adaptant l'intervention des professionnels, tant aux évolutions des pratiques et des comportements qu'aux évolutions des techniques et des produits de santé.

Par conséquent, cet objectif met en avant la nécessité d'une coopération interprofessionnelle, aussi bien en amont qu'en aval. Elle regroupe à la fois des professionnels non médicaux (infirmier(ère), diététicien(ne), masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, psychomotricien(ne)...), des professionnels du domaine social et des spécialistes médicaux.

En amont, celle-ci se pose dans le cadre de l'organisation de l'examen de santé du patient, afin d'optimiser le temps médical<sup>19</sup>. De ce fait, le médecin traitant intervient pour orienter les examens cliniques complémentaires nécessaires au diagnostic. En aval, celle-ci se pose dans le cadre du suivi des résultats de l'examen de santé, afin de proposer des actions curatives ou de prévention ciblées et adaptées aux besoins de la population.

Cette coopération interprofessionnelle met aussi en évidence le rôle clé du médecin traitant. Celui-ci apparaît incontournable et primordial pour ce partenariat. Il devient le pivot du parcours personnalisé de prévention ou de prise en charge du patient.

- Le second enjeu relève de l'attractivité des professions, par la reconnaissance de leurs compétences réelles, l'amélioration de leurs conditions de travail et une possibilité d'évolution des carrières dans le soin.

Dans ce contexte, il s'agira d'articuler ces nouveaux modes de coopération avec les réformes actuelles sur la formation (système Licence – Master - Doctorat) et la validation

---

<sup>19</sup> Annexe n°7.

des acquis de l'expérience (VAE), en sachant que les compétences acquises sont variables d'une situation à l'autre.

Le Rapport d'étape présenté par le Professeur Yvon Berland<sup>20</sup> propose d'envisager un schéma de formation des infirmières proche de ce qui se met en place actuellement au Québec, à l'Université de Montréal. Les trois années d'études conduisant au diplôme d'Infirmière Diplômée d'Etat constitueraient la licence professionnelle en soins infirmiers. Les infirmières auraient ensuite la possibilité de se spécialiser en « pratique avancée » de niveau Master. Les infirmières en pratique avancée sont des infirmières diplômées ayant acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de leur profession<sup>21</sup>. L'intérêt de ce schéma est de permettre aux infirmières de se diriger vers d'autres pratiques au cours de leur vie professionnelle, soit par un complément de formation, soit par la prise en compte des acquis de l'expérience.

- Le troisième enjeu découle du précédent, tout en étant plus conjoncturel car il s'inscrit dans le contexte annoncé de tension de la démographie médicale. La redéfinition du rôle de chaque acteur de santé dans la prise en charge des patients devrait permettre de faire face à la demande de soins.

Le développement de nouveaux rôles infirmiers est très lié à la dynamique de la démographie médicale. En France, la diminution attendue du nombre de médecins, et les tensions d'ores et déjà perceptibles du fait de leur répartition déséquilibrée sur le territoire, ont conduit à s'interroger sur le partage des tâches entre professionnels, des acteurs médicaux vers d'autres acteurs paramédicaux ou sociaux. Différents secteurs d'activité médicale, généralistes ou spécialisés, laissent apparaître le besoin d'identifier des infirmières spécialisées capables par leur formation d'assurer un transfert de compétences dans le cadre d'une activité collaborative. Ainsi, il apparaît souhaitable de créer le métier d'infirmière en pratique avancée. Les expériences en cours intéressent le plus souvent le milieu hospitalier, avec des pratiques orientées vers les pathologies chroniques et tournées vers le conseil. Elles interviennent dans le domaine de l'éducation des patients asthmatiques, des porteurs de colostomie ou de maladies intestinales

---

<sup>20</sup> Rapport « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », piloté par Yvon BERLAND, remis au Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. Octobre 2003. p. 50.

<sup>21</sup> Conseil international des infirmières, Genève, 2003.

chroniques inflammatoires, ou encore des patients passant par une consultation infirmière pour une éducation à la dialyse ou une information à la transplantation d'organes<sup>22</sup>.

- Le quatrième enjeu est de s'assurer de l'efficacité des nouvelles formes de coopération des professionnels de santé.

La coopération entre professionnels de santé repose sur la confiance que s'accordent les différents acteurs dans leur pratique quotidienne. Mais elle s'inscrit également dans un cadre qui structure l'organisation du système de santé en définissant les rôles, les identités et les responsabilités de chacun.

De même, les questions économiques et financières liées aux nouveaux modes de coopération entre les professionnels de santé, à leur faisabilité et à leur généralisation sont naturellement essentielles. Elles relèvent de deux axes principaux<sup>23</sup>.

Le premier est celui de l'impact des nouvelles formes de coopération entre professionnels sur l'économie générale du système de santé au travers de la « production » même de ce système, des ressources mobilisées et de leurs coûts relatifs. Le second est celui des conditions économiques et financières, pouvant avoir une influence sur la faisabilité et la généralisation des nouveaux modes de coopération, en particulier les modes de rémunération et de paiement des professionnels de santé et/ou des établissements de santé.

Ces différents enjeux mettent en évidence l'importance de la cohérence de l'organisation du système de santé, de la prise en compte des compétences de chacun des acteurs et de la nécessité d'agir ensemble pour préserver, voire améliorer l'état de santé du patient de 70 ans et la qualité des soins. Par conséquent, la coopération interprofessionnelle nécessite des modalités de coordination<sup>24</sup> dans sa mise en œuvre. Il conviendra d'observer celles-ci dans le cadre des différentes expérimentations concernant la consultation de prévention des 70 ans.

---

<sup>22</sup> Ibid. p.24.

<sup>23</sup> op.cit. Rapport HAS. p.23.

<sup>24</sup> ZARIFIAN P. définit la coordination : « *c'est ordonner ensemble des activités, les accomplir selon un certain ordre, mais sans passer nécessairement par des moments ou des modalités de coopération* », d'après *Intercompréhension et coopération dans le travail*.

## **2 Les expérimentations multiples tendant vers une coopération élargie**

Les expérimentations étudiées sont réalisées au niveau national (Ministère de la santé) et local (MSA, URML, Centres d'Examen de Santé (CES), Institut interrégional pour la Santé (IIRSA)) avec une méthodologie et des objectifs différents. Néanmoins, toutes les démarches laissent une large place au médecin traitant et envisagent d'associer d'autres professionnels.

### **2.1 Un outil incontournable : l'auto-questionnaire**

L'analyse des différentes méthodes fait apparaître que la stratégie de prévention repose toujours sur un questionnaire et attribue un rôle clé au médecin traitant.

#### **2.1.1 La description des stratégies élaborées**

Toutes les expérimentations étudiées ont fait le choix d'une prévention ciblée, soit en fonction de la tranche d'âge, soit en fonction des risques, avec toutefois des nuances. Ainsi, l'âge des personnes concernées varie de 16 à 74 ans. Cette large fourchette s'explique par le choix de la MSA de mettre en place des consultations de prévention pour ses adhérents à partir de 16 ans. De plus, cet organisme identifie les risques potentiels selon l'âge des patients. D'autres, en revanche n'en déterminent que quelques-uns, avec des orientations différentes : une prise en compte globale ou partielle des risques identifiés pour le suivi thérapeutique. Enfin, pour une des méthodes analysées un seul risque est étudié : le risque cardio-vasculaire. Dans ce cas, il s'agit d'une prévention «indiquée» car elle est axée sur des patients à haut risque et se trouve donc à la limite du curatif. Il est à noter que seule la démarche de prévention initiée par le Ministère intègre la notion de promotion de la santé. En effet, elle souhaite mettre en place, dans le cadre de cette expérimentation, une campagne de communication axée sur des dépliants d'information distribués par les médecins généralistes et les pharmaciens. Des affiches pourraient également être disposées dans tous les lieux publics. En définitive, il semble qu'une prévention ciblée couplée à une promotion de la santé efficace constitue une des étapes essentielles d'une politique de prévention. De plus, l'élaboration de cette stratégie doit être bâtie autour d'un questionnaire.

#### **2.1.2 L'auto-questionnaire : pierre angulaire d'une démarche de prévention**

Quelle que soit la stratégie utilisée, ce document est rempli par le patient sauf dans le cas du dépistage du risque cardio-vasculaire où il est renseigné avec le médecin

traitant. Il est constitué d'une ou plusieurs pages selon le nombre d'items retenus. En outre, les différents critères déterminent l'orientation du questionnaire. Dans certains cas, il a une dimension médico-psycho-sociale, car il s'intéresse non seulement à l'état de santé mais aussi aux modes de vie. Ainsi, le Ministère consacre un volet de son questionnaire aux modes de vie et l'IIRSA procède à l'évaluation du score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités dans les CES). Il est alors proposé aux patients d'être mis en relation avec des associations travaillant sur des thématiques identifiées. En revanche, dans le cadre des consultations mises en place par la MSA et l'URML, la consultation de prévention est abordée seulement sous un angle médical. Une fois rempli, le questionnaire dont les données peuvent être diversement exploitées, devient le pilier de la consultation de prévention effectuée par le médecin traitant.

## **2.2 Un dénominateur commun : le médecin traitant**

Dans chacune des expérimentations, le médecin traitant joue un rôle essentiel, même si son intervention doit être précisée en amont de la consultation.

### **2.2.1 En amont, un rôle à définir ?**

Dans cette phase de l'expérimentation, le médecin traitant est certes le pivot du dispositif mais il ne participe pas à toutes les étapes. Il est indéniable qu'il est l'interlocuteur privilégié pour informer le patient sur le principe de la consultation de prévention. De plus, sa participation est toujours basée sur le volontariat. Cependant, dans la majorité des expérimentations, la sélection des patients n'est pas effectuée par ses soins. En outre, à l'IIRSA comme au CES, des tests sont réalisés par une infirmière qui valide le questionnaire pré-rempli. Par ailleurs, dans l'expérimentation initiée par le CES, le médecin est un salarié de l'institution qui n'a aucun rôle en amont de la consultation de prévention. Dans tous les autres cas, le médecin est toujours associé lors de cette étape.

### **2.2.2 En aval, un rôle clairement identifié**

Toutes les expérimentations attribuent un rôle essentiel au médecin traitant pour organiser le suivi des patients dans un parcours de soins coordonnés. En effet, au vu des tests et examens réalisés et des risques identifiés, celui-ci prescrit des examens complémentaires, donne des conseils de prévention (nutrition, activité physique, etc.) ou oriente le patient vers d'autres spécialistes. Ainsi, dans le cadre du dépistage effectué par le CES de la maladie d'Alzheimer et d'autres démences, la confirmation du diagnostic est réalisée par l'hôpital. En outre, dans la plupart des cas, il prévoit une consultation dans un

délai variable et s'assure de l'efficacité de la démarche thérapeutique adoptée. Par exemple, dans le cadre de la prévention des chutes, l'infirmière du CES, sous la responsabilité du médecin du CES, interroge les personnes consultées sur la fréquence de leurs chutes à domicile.

Par conséquent, le médecin traitant est le véritable coordonnateur de tous les professionnels intervenant dans le champ de la prévention de santé.

## **2.3 Un réseau pluridisciplinaire de prévention de santé mis en place progressivement**

Autour du médecin traitant, pilier de la consultation de prévention, des professionnels médicaux, sociaux et paramédicaux sont associés à la démarche. Les diverses expérimentations tendent par ailleurs vers un élargissement du réseau à d'autres professionnels, voire à la création de lieux spécifiques de prévention.

### **2.3.1 Les professionnels de santé associés aux expérimentations en cours**

En amont, la consultation nationale de prévention des 70 ans et la consultation régionale de prévention des risques cardio-vasculaires font du pharmacien un relais non négligeable de communication auprès des publics dépourvus de médecin traitant. Le pharmacien est alors chargé de distribuer des dépliants d'information auprès des personnes susceptibles de correspondre au public ciblé par la campagne de prévention. Il n'est pas encore prévu à ce jour que le pharmacien distribue également l'auto-questionnaire à ses clients.

En ce qui concerne la consultation en elle-même, certaines expériences menées par l'IIRSA, les CES et la MSA ont choisi de renforcer le rôle de l'infirmière en l'associant concrètement aux différentes étapes de la consultation. L'infirmière, salariée de ces centres de prévention, gère la première phase de la consultation au cours de laquelle elle valide avec le patient l'auto-questionnaire rempli par ce dernier. Elle procède ensuite aux différents tests de prévention et aux examens complémentaires. Elle peut ainsi être amenée à réaliser l'électrocardiogramme, l'audiométrie, la tonométrie, le visiotest, les tests de mémoire, le mini *Geriatric Depression Scale* (GDS), les tests d'équilibre, l'exploration simple de la fonction respiratoire, etc. Son intervention dure trente à trente cinq minutes environ.

C'est ensuite le médecin du centre de prévention qui prend le relais pour interpréter les résultats et donner un avis médical au patient. Il peut alors renvoyer le patient vers son

médecin traitant s'il estime les résultats suffisants pour que ce dernier fasse un diagnostic, ou lui demander de se soumettre à des examens complémentaires à l'hôpital pour confirmer les suspicions.

Par ailleurs, la MSA a pris le parti original d'associer des laboratoires biologiques privés, sélectionnés par appel d'offres, pour la réalisation des examens de santé au plus près des patients, alors que dans la plupart des CES les examens sont réalisés soit au centre, soit à l'hôpital.

En aval de la consultation, l'infirmière se voit attribuer un nouveau rôle en termes de suivi. Elle est chargée, dans la plupart des expériences régionales, de l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'ateliers qu'elle anime. Ils se déroulent souvent dans les CES ou à l'hôpital et visent à modifier des comportements et des habitudes de vie sur le sommeil, la nutrition, la polymédication, les activités physiques, la mémoire... Dans le cadre de l'expérimentation des URML sur la prévention des risques cardio-vasculaires, c'est une infirmière libérale et une diététicienne qui sont chargées de cette mission. L'animation des ateliers thérapeutiques a nécessité dans tous les cas une formation préalable des infirmières à cet exercice.

En tout état de cause, l'association de ces divers professionnels de santé aux expérimentations est intéressante mais malheureusement insuffisante pour pouvoir assurer un maillage efficace du territoire.

### **2.3.2 Les perspectives d'évolution vers un élargissement du réseau**

A partir des résultats de la première phase de ces expérimentations, au moyen de fiches individuelles de synthèse adressées à l'InVS ou de questionnaires de satisfaction, les groupes de travail ont envisagé dans la seconde phase de leur étude un élargissement du réseau.

Cet élargissement passe dans un premier temps par l'association de professionnels complémentaires aux missions de prévention. L'IIRSA et les CES envisagent d'intégrer à la démarche les professions paramédicales (kinésithérapeutes) et médico-techniques pour un partage plus efficace des rôles. Ce sont elles qui sont proches du terrain et donc plus à même de sensibiliser la population.

Le secteur associatif (ADMR) a également un rôle à jouer dans la prévention, au même titre que les collectivités territoriales (CLIC, CCAS...) et les élus locaux pour le relais de l'information auprès de publics défavorisés ou isolés.

Certaines expérimentations telles que celle de l'IIRSA ont envisagé de créer de nouvelles structures spécifiquement dédiées à la prévention, afin que tous les acteurs de santé publique soient regroupés dans un lieu commun. Ce sont les « maisons de la prévention » qui se présentent comme un lieu de ressources et de rencontres pour les différents intervenants. Elles associeront le Comité départemental d'éducation pour la santé (CODES), les associations de promotion de la santé du département, les associations de dépistage (du cancer notamment). Elles auront pour rôle de faire de l'usager un acteur de sa propre santé tout en lui faisant prendre conscience qu'il doit être également au cœur de la démarche.

Dans le même esprit, des « maisons de santé » basées sur un regroupement pluridisciplinaire ont été proposées. Elles permettraient de jumeler exercice libéral et salarial, tout en intégrant des professionnels de divers horizons, à la fois sociaux, paramédicaux et médico-psychologiques. Un nouveau métier pourrait également être imaginé : la secrétaire chargée de l'accueil pourrait être en mesure d'aider la personne âgée à remplir l'auto-questionnaire et la pré-orienter vers un professionnel intervenant dans la maison de santé. Ce projet s'inscrit ainsi dans une double démarche, à la fois préventive et curative.

La lettre de mission du 8 mars 2006 du Ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes Agées, aux Personnes Handicapées et à la Famille propose d'étudier la possibilité de partir des institutions existantes en confiant par exemple la mission de consultation des 70 ans aux CES, qui ont une expérience significative en terme de prévention en santé publique. Les CES préfèrent, quant à eux, associer l'hôpital local tout en permettant aux professions libérales de faire de la prévention en son sein.

Toutefois, quelles que soient les solutions alternatives envisagées à ce jour par les différents protagonistes, rien ne garantit qu'elles permettront de surmonter les réticences exprimées par les patients et les médecins généralistes eux-mêmes.

### **3 Les bénéfices et les limites observés de la consultation de prévention des 70 ans au plan individuel et collectif**

Dans sa lettre de mission du 8 mars 2006, le Ministre a souhaité favoriser «*le repérage de facteurs de risques éventuels, en particulier des facteurs de dépendance, et la hiérarchisation de ces facteurs de risques* ». C'est l'enjeu majeur de l'expérimentation

ministérielle de la consultation de prévention des 70 ans. Pour autant, la démarche de prévention, réaffirmée expressément par la loi de santé publique du 9 août 2004, rencontre des limites structurelles de l'organisation du système de santé. Elle achoppe, notamment, sur le mode de rémunération des médecins généralistes basé sur un paiement à l'acte et l'existence d'un cloisonnement entre les professionnels de santé.

Les actions préventives génèrent pour les patients et pour la collectivité des bénéfices incontestables à moyen et long terme. A titre d'illustration, on estime actuellement à 660 000 le nombre de personnes démentes en France dont environ 430 000 malades d'Alzheimer. Si aucun progrès n'est réalisé en matière de prévention et de recherche, ces effectifs atteindront respectivement 800 000 et 550 000 en 2010.<sup>25</sup> De plus, un diagnostic précoce permet souvent de réduire les coûts de la prise en charge. Par exemple, la mise en place d'un dépistage systématique du cancer du côlon diminuerait le coût du traitement de la première année de 15% à 25% en fonction de l'importance de la modification de la structure par stade de gravité des cancers du côlon dépistés<sup>26</sup>.

Les points de vue recueillis sur la mise en place d'une consultation de prévention des 70 ans, d'une part des professionnels de santé et d'autre part des patients, apparaissent contrastés.

### **3.1 Le point de vue des professionnels de santé**

Les professionnels de santé enquêtés dégagent différentes thématiques concernant la consultation de prévention des 70 ans.

#### **3.1.1 Un aspect structurel important : le financement du système de santé**

A ce jour, selon le Docteur Colvez, médecin-chercheur à l'INSERM<sup>27</sup>, il est certain que le type de rémunération concernant l'activité des médecins dans le système de soins n'est pas opportun. En effet, si le paiement à l'acte s'avère satisfaisant pour la prise en charge des maladies aiguës, il ne l'est pas pour le suivi des maladies chroniques et il ne l'est pas non plus pour les consultations de prévention. Pour comprendre l'impact néfaste

---

<sup>25</sup> « La santé en France ». Rapport triennal 2002 du Haut Comité de la Santé Publique.

<sup>26</sup> COM-RUELLE (L.), LUCAS-GABRIELLI (V.), RENAUD (T.), *Le coût du cancer du côlon en Ile-de-France*, in Questions d'économie de la santé, n°98, septembre 2005, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)

<sup>27</sup> Annexe n°1.

de ce problème structurel sur la mise en place de la consultation de prévention des 70 ans, il faut noter que l'activité médicale, concernant les maladies aiguës, ne représente plus que 40% du temps médical d'un médecin, plus de la moitié de celui-ci étant consacré au suivi de maladies chroniques. Sans innovation dans le type de tarification, le médecin généraliste ne sera malheureusement pas incité financièrement à faire de la prévention.

En effet, d'après le Docteur Nagard, coordonnateur d'un réseau de soins pour personnes âgées, les actions de prévention permettent la découverte de problèmes sous-jacents, y compris chez les patients qui consultent régulièrement, à condition qu'elles aient un caractère régulier. La consultation de prévention est pour le médecin un moyen de se départir de la démarche curative en s'impliquant dans l'évaluation des facteurs de risques.

Même si pour une minorité de médecins, volontaires pour expérimenter la consultation de prévention, la démarche de prévention primaire est intégrée à leur pratique, la majorité, au contraire, n'y a pas été formée au cours de sa formation initiale. Les médecins libéraux assurent ainsi 95% des vaccinations en France, permettant une bonne couverture vaccinale. Ils assurent aussi une bonne partie des vingt examens médicaux de la petite enfance et dépistent les facteurs de risques cardio-vasculaires aux différents âges de la vie. Ils informent, orientent ou participent à des activités de dépistage des cancers. En revanche, leur intervention en prévention primaire (tabac, alcool, nutrition, sexualité...) mérite d'être précisée et encouragée.

### **3.1.2 Un impact sur l'évolution des pratiques professionnelles**

Le temps médical étant précieux, il est intéressant de pouvoir compter sur d'autres acteurs de santé participant à l'organisation du système de soins et ainsi de permettre au médecin de récupérer de son temps pour se concentrer sur des actes diagnostiques. Sans parler de nouveaux métiers, cette consultation de prévention, grâce à sa dimension globale, permet une coopération interprofessionnelle.

D'après Madame Jovic<sup>28</sup>, conseillère technique régionale, la complémentarité inter-filières comprend deux aspects : d'une part, le transfert de tâches et de compétences médicales vers les infirmières et d'autre part, une forte interaction entre le sanitaire, le social et le médico-social. De plus, pour les professionnels, le fait d'accéder aux pratiques avancées offre des perspectives de carrière professionnelle intéressantes et valorisantes à savoir une certaine reconnaissance et l'acquisition de compétences notamment dans le domaine clinique. A titre d'illustration, des infirmier(e)s clinicien(ne)s spécialistes de soins primaires

---

<sup>28</sup> Annexe n°6.

pourraient participer, au sein de cabinets de groupe de médecine générale, à la prise en charge de patients dans le cadre du conseil, de l'éducation, de la prévention et du suivi de traitements.<sup>29</sup> Ce sujet fait à l'heure actuelle l'objet de travaux au niveau national, mais il ne fait pas l'unanimité notamment auprès du Conseil National de l'Ordre des Médecins ainsi que des syndicats les représentant.

De plus, les différents outils tests développés permettent d'asseoir la légitimité de cette coopération et de faire évoluer les pratiques professionnelles. Le travail en réseau se développe de façon importante actuellement surtout en zone rurale, où les zones blanches sont les plus nombreuses.

La mise en place de la consultation de prévention rencontre cependant des obstacles. En effet, l'ensemble des professionnels rencontrés convient que le médecin n'a pas suffisamment de temps pour effectuer dans des conditions convenables son activité, et *a fortiori* pour faire de la prévention primaire. D'après le Docteur Treppoz<sup>30</sup> médecin conseiller technique de la MSA, la démographie médicale est « *handicapée par des tâches chronophages, notamment en secteur rural* ». De plus, il affirme que « *les médecins généralistes ne sont pas sensibilisés à la santé publique* ».

Une politique de formation, dont le coût est difficilement chiffrable, devient par conséquent indispensable pour compléter la formation initiale reçue essentiellement axée sur des pratiques curatives. Par ailleurs, s'il est vrai que la démarche préventive permet de mettre en évidence des problèmes de santé qui ne peuvent plus être ignorés et qui posent le problème du pronostic, parfois, les choix thérapeutiques qui en découlent peuvent être trop lourds ou à l'inverse, certaines pathologies peuvent être traitées à temps. La prévention permet alors à la médecine de progresser dans sa capacité à diagnostiquer l'évolution des pathologies.

### **3.1.3 Un facteur déterminant dans l'efficacité du dispositif : la communication**

La communication est un facteur déterminant dans la réussite de la mise en place de ce dispositif. La condition *sine qua non* est que les médecins soient convaincus de l'intérêt des actions de prévention sur leur patientèle. Or, le Docteur Treppoz a indiqué, pour expliquer un taux de participation en baisse des consultations de prévention organisées par la MSA, qu'un quart des médecins jugeait cette démarche inutile, car ils

---

<sup>29</sup> Pratiques avancées en soins infirmiers. Extrait d'un document de travail de janvier 2007 du Syndicat National des Professionnels Infirmiers.

<sup>30</sup> Annexe n°5.

connaissaient déjà très bien leurs patients. Sans l'adhésion du professionnel de première ligne, le dispositif ne peut être efficace.

Malgré tout, il existe de nombreux professionnels volontaires pour se lancer dans cette nouvelle « croisade » qu'est le développement de la politique de prévention. Car même si à court terme, il est bien difficile d'en chiffrer le gain économique, il reste certain qu'elle offre au patient la possibilité de devenir acteur de sa santé.

## **3.2 Le point de vue des usagers**

L'efficacité du système de santé français ne fait aucun doute. Le rapport 2003 de l'OMS qui le place à la première place des dispositifs comparables a été largement commenté. Dès lors, la prévention ne serait que le reflet d'une « idéologie dominante » dont l'objectif serait de « valoriser l'action des acteurs de proximité ». <sup>31</sup> Aussi subtil soit-il, cet argument ne prend pas en compte les véritables enjeux que sous-tendent les consultations de prévention, à savoir la prise en charge financière, la promotion de la santé auprès des personnes et l'information sur la nécessité d'une telle démarche.

### **3.2.1 La problématique financière**

La gratuité de la consultation de prévention est évidemment acquise. Il ne saurait en être autrement dans une démocratie solidaire. Reste que les examens complémentaires éventuellement prescrits par le médecin traitant peuvent représenter une charge financière non négligeable pour une frange considérable de la population. L'accessibilité aux soins est désormais la plus large possible dans notre pays <sup>32</sup> mais pour bon nombre de foyer, l'avance de frais est irréalisable notamment lors d'achat de médicaments, sans parler de l'absence de couverture complémentaire. La qualité du suivi de la prise en charge dépend en grande partie de cette faculté individuelle à financer les examens complémentaires.

### **3.2.2 La promotion de la santé**

La consultation de prévention doit s'inscrire dans un cadre plus global de promotion de la santé. A cet égard, elle doit permettre de définir un parcours personnalisé de prévention qui prend en compte l'environnement du patient.

La discussion autour des comportements individuels définit le socle de cette démarche dont l'objectif est de reculer la survenue d'évènements indésirables et donc de prolonger

---

<sup>31</sup> Annexe n°3.

<sup>32</sup> Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

la vie sans incapacité majeure. Le vieillissement est inéluctable, mais l'avancée en âge dans des conditions dignes et qualitativement appréciées aux regards de critères socialement partagés, nécessite de faire de la consultation de prévention la clé du parcours en santé des français.

En effet, cet examen doit être un instant privilégié pour aborder des questionnements somatiques et/ou psychologiques qui débordent du champ classique de la consultation généraliste. Pour le patient, elle doit être synonyme d'une prise en compte de l'environnement familial et intime dans l'élaboration du parcours de prévention. A cet égard, les usagers accueillent favorablement l'auto-questionnaire de santé et des modes de vie. Complet, responsabilisant, dédramatisant et permettant d'ouvrir le champ de la consultation, il est l'outil essentiel pour une bonne compréhension de la démarche et pour l'interactivité du face à face patient/médecin.

Toutefois, il convient de ne pas négliger les réticences des patients à révéler certaines de leurs habitudes comportementales pourtant nécessaires à l'élaboration du parcours personnalisé de prévention. En outre, l'utilité de la prévention peut ne pas être perçue avec acuité, dès lors que ses résultats tangibles résident justement dans la non-survenue d'événements indésirables. C'est l'apparition de la maladie qui dans certains cas montre l'intérêt de la promotion et de l'éducation à la santé. Enfin, le patient peut préférer ignorer sa situation pour ne pas avoir à affronter la réalité du pronostic. L'anxiété et la crainte de l'annonce éventuelle d'une affection détournent alors le patient de la démarche de prévention.

### **3.3.3 La nécessité de communiquer et d'expliquer la consultation**

Dès lors, la communication apparaît comme le vecteur essentiel, non seulement pour atteindre la population cible de la consultation, mais aussi pour expliquer et valoriser une démarche dans un dispositif de santé quasi exclusivement curatif.

Communiquer sur les enjeux individuels et collectifs qui sous-tendent la démarche, expliquer le positionnement dynamique, et somme toute novateur, du patient qui devient l'acteur central de l'éducation thérapeutique, est au centre de la consultation de prévention.

L'auto-questionnaire trouve là encore une place majeure dans la mesure où il crée de l'interactivité entre le patient et le médecin. Son approche globale et son exhaustivité ouvrent le champ à un dialogue structurant sur l'importance du parcours personnalisé de prévention. Néanmoins, force est de constater l'absence de communication et

d'information sur la consultation de prévention des 70 ans<sup>33</sup> initiée par le ministère de la Santé, et ce malgré l'insistance des experts de la mission dans ce sens. C'est pourtant en expliquant et en informant les usagers que l'on obtiendra leur adhésion individuelle pour un gain collectif en matière de santé publique.

#### **4 Les suggestions pour la mise en œuvre d'une consultation de prévention**

A l'issue des entretiens, le groupe du module interprofessionnel s'est accordé sur un certain nombre d'orientations. Celles-ci reposent sur les principes suivants.

La personne de 70 ans doit rester actrice de sa propre santé. Les professionnels pourront lui proposer des examens complémentaires et des traitements, si nécessaire l'inciter à les suivre, mais, pour autant, ne jamais la contraindre. Il s'agit, par là, de respecter l'article L. 1111-2 du code de la santé publique, résultant de la loi du 4 mars 2002 : « *Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.* »

Avant de pouvoir agir sur les habitudes de vie des personnes, il est peut-être nécessaire de réformer en profondeur les représentations que la personne de 70 ans a de sa santé et de ses éventuelles pathologies. La prévention du cancer du poumon, par exemple, est vouée à l'échec tant que le fumeur n'est pas convaincu des dangers du tabac. La prévention repose ensuite sur les acteurs de terrain. Elle suppose, par conséquent, un maillage du territoire le plus précis possible.

Afin de respecter le principe de réduction des inégalités, il est nécessaire de sensibiliser les populations qui ne sont pas naturellement amenées à consulter (travailleurs précaires, population rurale, personnes handicapées...), et de leur faciliter les démarches (par exemple, en prenant en charge les transports).

La solution retenue devra être homogène, ce qui suppose une harmonisation des expérimentations qui se sont développées indépendamment les unes des autres. Sur la base de ces principes, le groupe a dégagé les propositions suivantes.

---

<sup>33</sup> Annexe n°9.

## **4.1 En amont de la consultation**

### **4.1.1 La communication : un outil incontournable de réussite dans la politique de prévention**

Une large **communication** serait faite sur la possibilité pour la personne de 70 ans de participer à cette consultation de prévention, et sur sa gratuité. Cette communication pourrait être initiée par les médecins traitants, les caisses d'assurance maladie, l'INPES, ainsi que les associations qui se porteraient éventuellement volontaires. Elle serait alors assurée au moyen d'affiches et de dépliants.

De plus, des **invitations** à participer à la consultation de prévention seraient systématiquement envoyées à toute personne lors de son anniversaire de 70 ans. Cet adressage pourrait être du ressort de l'assurance maladie, la date anniversaire déclenchant l'envoi d'une invitation. Ce document mentionnerait les différentes conditions de remboursement et de prises en charge de la consultation proprement dite. Par exemple, les déplacements des personnes handicapées devraient être facilités. De plus, le document présenterait la démarche et sensibiliserait à la prévention. L'invitation serait accompagnée de l'**auto-questionnaire**, également mis en ligne sur internet.

### **4.1.2 L'auto-questionnaire : élément central de la consultation de prévention des 70 ans**

L'auto-questionnaire serait conçu pour permettre une exploitation informatisée, comme le prévoit la lettre de mission du Ministre.<sup>34</sup> Par conséquent, l'auto-questionnaire serait de taille raisonnable. Le document de quatre pages déjà réalisé par l'IIRSA, s'il a fait ses preuves, pourrait servir de référence.

De surcroît, il n'apparaît ni gratifiant, ni efficace de confier au médecin traitant la tâche de recopier les items en vue de leur traitement statistique par l'InVS, à moins que le questionnaire ne soit totalement informatisé. Bien sûr, il faudra veiller à ce que l'autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) soit valable pour l'ensemble de l'auto-questionnaire, et non seulement pour les items recopiés, comme actuellement.

---

<sup>34</sup> Lettre de mission du 8 mars 2006 du Ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille.

La personne de 70 ans doit être impliquée dans la démarche, la comprendre, l'accepter afin de « *porter sur elle-même un regard sur ses habitudes et de repérer ses besoins éventuels.* »<sup>35</sup> De ce fait, l'intervention du médecin peut être repoussée.

Quant aux professionnels libéraux (médecins, infirmiers...), ils contribueront à diffuser l'information et à prendre les rendez-vous.

## 4.2 Pendant la consultation

### 4.2.1 A qui sera confiée la consultation de prévention des 70 ans ?

Avant le début proprement dit de la consultation de prévention, il pourrait être procédé à la validation de l'auto-questionnaire, préalablement rempli à son domicile par la personne, en commun avec une personne de l'environnement de la personne âgée. D'autre part, il n'est pas apparu comme judicieux de confier la consultation de prévention au **médecin traitant**. En effet, cette solution accroît la surcharge de travail de cette profession, sans garantir une efficacité optimale auprès d'un public de 70 ans, souvent réticent à se confier à son médecin traitant. De plus, le médecin traitant, qui connaît son patient, risquerait d'orienter implicitement ses réponses. Enfin, au cas où une pathologie serait décelée, il lui serait difficile de reconnaître qu'il n'a pas su l'identifier auparavant.

Pour toutes ces raisons, le groupe du module interprofessionnel envisagerait plutôt de confier la consultation à un **médecin généraliste formé à la démarche**. Certains actes pourraient être délégués à une infirmière Diplômée d'Etat, mais seulement sur habilitation législative afin d'éviter le délit d'exercice illégal de la médecine.

A court terme, la **formation** de la personne chargée de la consultation pourrait s'organiser à plein temps sur une durée de trois mois en privilégiant les cas cliniques de terrain et les exemples étrangers. Cette formation pourrait comprendre un volet santé publique et prévention et un volet gériatrie. A plus long terme, une réforme de l'enseignement en médecine pourrait être envisagée pour mieux prendre en compte la santé publique et la gériatrie dès la formation initiale. En ce qui concerne les infirmiers(-ères), la délégation de tâches suppose une évolution de la formation vers un grade de master (années

---

<sup>35</sup> Annexe n°8.

complémentaires de formation ou VAE). En tout état de cause, il importe que seul un médecin puisse poser le diagnostic et orienter la personne de 70 ans.

#### **4.2.2 Où aura lieu la consultation de prévention des 70 ans ?**

Afin de limiter l'incidence financière et dans un souci de clarté, il est souhaitable d'utiliser les structures préexistantes. Pour cette raison, la création de maisons de la prévention ne paraît pas appropriée. De même, le recours à des caravanes mobiles n'a pas été retenu, car il ne semble pas permettre un suivi dans la durée. Enfin, les centres hospitalo-universitaires seraient trop éloignés des populations visées.

Pour assurer un maillage complet du territoire, il est apparu que les **centres d'examen de santé** constitueraient un lieu approprié pour les zones urbaines, et les **hôpitaux locaux** un lieu adéquat pour les zones rurales. Ainsi, au cas où des examens complémentaires seraient nécessaires, les centres d'examen de santé et les hôpitaux locaux disposent de toutes les ressources nécessaires. Il en est de même des analyses biologiques. L'idée, actuellement évoquée, de sélectionner des laboratoires privés par appels d'offres, ne nous a pas semblé pertinente. Enfin, un plateau technique minimal serait nécessaire, mais cette difficulté est surmontable si la mutualisation des moyens est suffisante.

#### **4.2.3 Quels actes sont visés par la consultation de prévention des 70 ans ?**

La consultation de prévention des 70 ans pourrait consister en des tests médicaux, naturellement, mais la consultation devra également explorer les difficultés d'ordre familial (délaissement, maltraitance...) ou social (isolement, risque suicidaire...) auxquelles pourrait être confrontée la personne de 70 ans. Certains tests seraient effectués systématiquement ; des tests complémentaires pourraient être proposés par le médecin de prévention. Il s'agit dans cette étape de la consultation de différencier les personnes médicalisées des personnes non médicalisées. Pour les premières, la consultation sera centrée sur l'exploration des risques autres que ceux déjà identifiés. Pour les secondes, la batterie de tests permettra d'identifier les principaux **facteurs de risque** pour la personne de 70 ans, en se limitant néanmoins à trois facteurs de risque au maximum.

#### **4.2.4 Comment les acteurs de la consultation seront-ils rémunérés ?**

Compte tenu de la proposition émise, c'est-à-dire une consultation effectuée par un médecin généraliste formé à la démarche, et non par le médecin traitant, il est souhaitable que le médecin soit incité à recevoir le plus grand nombre de personnes de 70 ans.

Les acteurs de la consultation, travaillant en CES et hôpital local, sont salariés de leur structure et peuvent ainsi consacrer le temps nécessaire à la démarche de prévention des 70 ans, à condition d'être en nombre suffisant. Cependant, la rémunération devrait être fonction du statut et des compétences. Il apparaît en effet qu'un des principaux obstacles à la délégation de tâches reste la rémunération. Une bonification spécifique pourrait être prévue pour les infirmières participant à la consultation, cela dans le but de reconnaître leur expertise.

#### **4.2.5 Sur quel support seront conservées les informations pour permettre un suivi de qualité ?**

Ici encore, on pourrait utiliser des outils existants (**carnet de santé**), non informatisés, ou en voie de création (**dossier médical personnel, DMP**), informatisés. Ainsi, on pourra être certain que les supports seront harmonisés et permettront, du moins pour le DMP, un traitement informatisé qui facilitera l'exploitation des données recueillies.

### **4.3 En aval de la consultation**

Les actes accomplis en aval de la consultation seraient guidés par les principes de coordination et de proximité, afin d'assurer une prévention dans la durée et non seulement ponctuelle. Comme pour les autres actes, l'adhésion du patient serait recherchée, et celui-ci reste libre de refuser son consentement ou de le retirer à tout moment.

Dans l'option retenue, le **médecin traitant** conserverait un **rôle pivot** dans les mesures de suivi. Destinataire des résultats de la consultation, il aurait pour rôle de centraliser les informations. Selon les risques identifiés, il orienterait la personne de 70 ans vers des médecins spécialistes libéraux, des consultations de tabacologie, de diabétologie, des assistants de service social, voire des associations ou des ateliers thérapeutiques.

Un partage des tâches clair doit permettre d'inscrire le suivi dans un système intégré, et non une simple juxtaposition d'actes. A cet effet, des outils seraient mis à disposition des

médecins traitants comme, à titre d'illustration, une liste de l'ensemble de ces professionnels et, si possible, une cartographie interactive mise à jour régulièrement.

Chaque fois que possible, les actes de suivi seraient accomplis au même lieu que la consultation de prévention, CES ou hôpital local. Par exemple, dans le cas où la participation à des ateliers thérapeutiques serait prescrite, ceux-ci ne pourraient se dérouler en un lieu plus éloigné du domicile de la personne de 70 ans. Il pourrait être envisagé que les intervenants se déplacent si nécessaire. De plus, dès lors qu'un risque serait identifié, il faudrait veiller à ce que son **évolution** soit surveillée à une périodicité appropriée selon le risque, tous les 6 mois voire 1 ou 2 ans.

Enfin, le dispositif serait **évalué périodiquement** afin d'y apporter les correctifs nécessaires. Une grille d'évaluation doit être élaborée pour mesurer le pourcentage de personnes de 70 ans ayant eu recours à la consultation ainsi que l'adhésion du patient à ce dispositif. Il pourrait ainsi être adressé un questionnaire au patient pour évaluer l'incidence de la consultation de prévention sur ses habitudes de vie. Concernant les professionnels de santé, un espace de discussion et de débat devrait être prévu pour comparer les expériences, proposer des améliorations, faire ressortir les besoins de formation, d'outils, etc. Enfin les consultations de prévention pourraient offrir un cadre d'observation de l'état de santé d'une partie de la population. En effet, il n'existe pas à ce jour de relevé régulier de l'état de santé de la population fondé sur des examens médicaux<sup>36</sup>. L'assurance maladie disposerait de données pour évaluer les bénéfices collectifs de la prévention, en termes de dépenses de santé, de gains d'espérance de vie sans incapacité, etc.

---

<sup>36</sup> GRIGNON (M.), *Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé*, in Questions d'économie de la santé, n°66, mars 2003, Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES).

## CONCLUSION

La consultation de prévention des 70 ans, initiée par le plan Solidarité Grand Âge, vise à lutter contre les dépendances liées au vieillissement. Il s'agit, d'une part, de rendre le patient acteur de son parcours personnalisé de prévention, et d'autre part, de favoriser une approche globale médicale, médico-sociale et sociale.

À partir des expérimentations de la consultation de prévention des 70 ans conduites au premier trimestre 2007 dans trois départements et d'autres démarches mises en place par certaines structures (CES, MSA, URML), le groupe a pu dégager les bénéfices et les obstacles de cette consultation. Une des difficultés est de distinguer entre les bénéfices à titre individuel et les gains pour la collectivité. De plus, la démarche de prévention nécessite de lever des obstacles culturels, financiers et réglementaires inhérents au système de santé français.

La consultation de prévention des 70 ans suppose un renversement des logiques habituelles du système de santé français construit autour du médical, du curatif et de l'aigu. La consultation de prévention introduit au contraire une prise en charge médico-sociale, préventive, dans la durée.

La consultation de prévention des 70 ans suppose donc qu'un certain nombre de conditions soient réunies, en termes de formation, d'exercice et de rémunération des professionnels, mais également en termes de représentations et de comportements des patients. L'adhésion des patients et des professionnels est primordiale. Pour garantir l'efficacité de cette consultation, il est également important de hiérarchiser les facteurs de risque qui seront retenus.

En proposant des modalités de généralisation de la consultation de prévention des 70 ans, le groupe a voulu privilégier la meilleure utilisation des structures et professionnels existants. Premièrement, pour sa réalisation, la consultation de prévention des 70 ans doit s'appuyer en priorité sur les CES et les hôpitaux locaux qui mettent à disposition des usagers dans un lieu unique les équipements et les professionnels adaptés. Ces structures de proximité ont l'avantage d'assurer le maillage territorial de l'offre de soins. Deuxièmement, il faut que soient mobilisées, en interprofessionnalité, les ressources adéquates. Le temps médical est rare et cher et pas forcément le plus pertinent pour mener l'ensemble de la consultation de prévention des 70 ans. Il convient d'optimiser le temps médical et de solliciter également les professionnels paramédicaux qui ont les compétences nécessaires et qui coûtent moins chers.

Ce lieu unique doit rester ouvert aux médecins généralistes volontaires et motivés qui seraient rémunérés par un « forfait santé publique ». Il semble dans un premier temps difficile d'imposer à tous les médecins traitants de pratiquer cette consultation qu'ils ne comprennent pas toujours. En revanche, en amont et en aval de la consultation de prévention des 70 ans, le médecin généraliste, et plus particulièrement, le médecin traitant doit jouer un rôle pivot de sensibilisation à la démarche de prévention, d'orientation et de suivi.

La coopération interprofessionnelle et la coordination apparaissent essentielles au succès de cette consultation. Il s'agit aussi bien de faciliter le parcours du patient et d'améliorer sa prise en charge mais aussi de rationaliser l'offre de soins sur le territoire et de valoriser les compétences des professionnels engagés dans la démarche. La promotion de la santé et le dépistage précoce doivent enfin minimiser les coûts de traitement futurs en évitant des pathologies, en prolongeant l'espérance de vie sans incapacités ou encore en détectant plus tôt la maladie.

Dans la mesure où on cherche à agir sur les représentations et les comportements, il faut toutefois développer les parcours de prévention à tous les âges notamment en milieu scolaire et professionnel.

---

# Bibliographie

---

## **Textes législatifs et réglementaires**

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Loi n°2004-806 du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique.

Loi n°2004-810 du 13 août 2004, relative à l'assurance maladie.

Lettre de mission du 8 mars 2006 du Ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille.

Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007.

## **Plans et programmes**

Plan Solidarité Grand-Âge. Juin 2006.

Plan national « Bien Vieillir » 2007-2009

## **Communications**

Intervention de Philippe BAS. Clôture du Colloque « Bien vieillir ». Présentation du plan national Bien Vieillir 2007-2009. Janvier 2007.

Communiqué de presse de Philippe BAS « L'expérimentation de la consultation gratuite de prévention à 70 ans ». Janvier 2007.

Etats Généraux de la Prévention en Ile de France. Table ronde n°1 « Déploiement de la prévention en Ile de France ». Intitulé de l'action : Consultation de prévention destinée aux personnes de 70 ans. Février 2007.

## **Rapports**

Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales « Santé, pour une politique de prévention durable ». 2003. 399 p.

Rapport «Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé », piloté par Yves MATILLON, remis au Ministre de la Jeunesse, de l'Education nationale et de la Recherche et au Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Août 2003. 94 p.

Rapport « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences », piloté par Yvon BERLAND, remis au Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. Octobre 2003. 58 p.

Rapport « Commission démographie médicale », présenté par Yvon BERLAND, remis au Ministre de la santé et de la protection sociale. Avril 2005. 64 p.

Document de travail de la Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques «Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières ». Mars 2006, n°57, 227 p.

Rapport Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé «Cinq expérimentations de coopération et de délégation des tâches entre professions de santé », présenté par Yvon BERLAND et Yann BOURGUEIL. Juin 2006. 135 p.

Rapport de la Commission d'Orientation de Prévention, présidée par le Dr Jean-François TOUSSAINT « Stratégies Nouvelles de Prévention », remis au Ministère de la Santé et des Solidarités. Décembre 2006. 219 p.

Annexe n°2 « La composition du groupe de travail » au rapport de mission sur la consultation de prévention des personnes de 70 ans. Décembre 2006.

Annexe n°3 « Les outils » au rapport de mission sur la consultation de prévention des personnes de 70 ans. Décembre 2006.

Rapport d'étape de la Haute Autorité de Santé « Délégation, transfert, nouveaux métiers..., conditions des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé ». Janvier 2007. 27 p.

Rapport d'un groupe de travail de l'Académie Nationale de Médecine, « Comment corriger l'inégalité de l'offre de soins en médecine générale sur le territoire national ». Avril 2007.

## **Ouvrages**

HENRARD (J.-C.), ANKRI (J.), *Viellissement, grand âge et santé publique*, Editions ENSP, septembre 2003, 277 p.

HERVY (B.), *Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées*, Rennes: ENSP, novembre 2003, 159 p.

BOURDILLON (F.), BRUCKER (G.), TABUTEAU (D.) (dir.), *Traité de santé publique*, Paris: Flammarion, Médecine-Sciences, avril 2004, 536 p.

### **Articles de périodique**

GRIGNON (M.), *Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé*, in *Questions d'économie de la santé*, n°66, mars 2003, Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES).

DEBOUT C. Pratique avancée et filière clinique infirmière. *Soins*, avril 2004, n°684, pp39-42.

COM-RUELLE (L.), LUCAS-GABRIELLI (V.), RENAUD (T.), *Le coût du cancer du côlon en Ile-de-France*, in *Questions d'économie de la santé*, n°98, septembre 2005, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES).

POLTON (D.), SERMET (C.), *Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé ?*, in *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°5-6, 2006, La santé des personnes âgées.

DELANNOY C. MAIRLOT AF. Infirmière en pratique avancée, une fonction à développer en Europe. *Soins Cadres*, mai 2006, n°58, pp 65-68.

DEVILLE N. Politiques régionales de santé publique et de gestion du risque. Quelle articulation ? *Réseaux*, juillet 2006, n°7, pp1-3.

FENINA (A.), GEFFROY (Y.), MINC (C.), RENAUD (T.), SARLON (E.), SERMET (C.), DREES, IRDES, *Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France*, in *Questions d'économie de la santé*, n°111, juillet 2006, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES).

Assurance Maladie. CETAF. Les centres d'examens de santé (CES). *CAP Prévention*, janvier 2007, n°23, pp 14-20.

COLOMBET I., MENARD J. Consultation de prévention en médecine générale : Quel cahier des charges ? *Médecine*, février 2007, n°2, vol. 3, pp 79-82.

### **Reuves**

Société Française de Santé publique. Pratiques, métiers et formations de santé publique, janvier-février 2007, suppl. n°1.

### **Brochures et dépliants**

Institut inter Régional pour la Santé. Prévention & Santé publique : « Programme autour de la prévention et de l'éducation pour la santé ».

Institut inter Régional pour la Santé. Prévention & Santé publique : « NAQAPA, à partir de 70 ans. Questionnaire et Logiciel, version Windows ».

### **Sites Internet**

Edition du Guide CISS 2006 du représentant des usagers du système de santé  
<http://leciss.org/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=170&>

Dossier Médecin traitant et prévention : «Prévention, le rôle clé du médecin traitant ».  
Mars 2007

[www.urcam.assurance-maladie.fr](http://www.urcam.assurance-maladie.fr)

[www.pratiquesensante.fr](http://www.pratiquesensante.fr)

[www.hospimedia.fr](http://www.hospimedia.fr)