



Note de présentation du projet de création d'un centre de prévention au sein du centre de santé Richerand

Paris 10^e

Contact :

Dre Jeanne Villeneuve

Directrice médicale

Centre de santé Richerand

4 avenue Richerand – 75010 Paris

jeanne.villeneuve@richerand.fr

Alors que la France a développé un système de santé axé quasi exclusivement sur un modèle productif de soins curatifs depuis la sortie de la seconde guerre mondiale, la crise sanitaire engendrée par la pandémie de la COVID-19 entre 2020 et 2022, et ses conséquences sanitaires et sociales, ont montré les lacunes majeures d'un tel système, ayant fait de la prévention et de la promotion de la santé, un champ d'actions secondaires. La crise sanitaire a été sans aucun doute un catalyseur pour démontrer l'importance de la prévention en santé (par exemple : mesures barrières, éducation de la population, vaccination,), amplifiée par les inégalités sociales et territoriales.

Rationnel

Le rapport de la DREES sur l'état de santé de la population française paru en septembre 2022 fait le constat d'un ralentissement dans la progression de l'espérance de vie à la naissance, à 65 ans et à 65 ans sans incapacité. Bien que l'espérance de vie globale augmente, moins d'un français sur deux arrive à l'âge de 65 ans « en bonne santé »¹. Aussi, ce rapport montre plusieurs autres choses : d'abord que le vieillissement de la population continue d'augmenter, de 9% de personnes âgées de 75 ans et plus aujourd'hui il est attendu 16% en 2052 ; que les maladies chroniques sont un marqueur significatif d'inégalités sociales en touchant plus fréquemment des populations à faible revenu ; que 10% de la population présenterait des troubles de type dépressif, avec des écarts du simple au double entre la métropole et les départements et régions d'outre-mer (DROM) ; une augmentation significative des hospitalisations pour tentative de suicide ou violence auto-infligées chez les filles et les jeunes femmes, potentiellement associée à la crise sanitaire engendrée par la pandémie de la COVID-19 ; que la mortalité périnatale (dans les 7 premiers jours de vie) ne diminue plus avec un taux supérieur à 10‰ naissances depuis 2015 et pouvant atteindre jusqu'à plus de 20‰ dans les DROM ; et une mortalité infantile (décès survenus parmi les enfants nés vivants jusqu'à leur 1^{er} anniversaire) autour de 3,7‰ depuis 2010.

Ce rapport montre également que, de la naissance au grand âge, les inégalités demeurent, notamment entre la France métropolitaine et les DROM. Aussi, plusieurs déterminants de santé sont identifiés dans ce rapport, comme pouvant être sensibles à la prévention, dans le cadre d'un modèle soutenu par le principe d'universalisme proportionné² : les français demeurent parmi les plus grands consommateurs d'alcool en Europe ; le tabac représente la 1^{ère} cause de mortalité potentiellement évitable ; 45% de la population française souffre de surcharge pondérale dont 14% (20% dans certains DROM) présentent les caractéristiques d'une obésité (inversement proportionnelle au niveau de diplôme obtenu) ; les risques liés au travail et les troubles musculosquelettiques (TMS) sont plus fréquents chez les travailleurs manuels avec 37,4 accidents par million d'heures travaillées chez les ouvriers en 2016,

¹ Dessiner la santé publique de demain, rapport Chauvin, novembre 2021

² Marmot, M. Fair society, healthy lives : the Marmot Review : strategic review of health inequalities in England post-2010. (2010) ISBN 9780956487001. <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf>

contre 5,0 chez les cadres ; et un recours au dépistage du cancer très inégal selon le niveau de vie (recours moins fréquent des populations aux revenus modestes que dans les populations plus aisées). A cela s'ajoute les inégalités d'accès aux professionnels de santé, dans un contexte structurel d'inégalité territoriale de l'offre de soins dont les perspectives dans les années prochaines sont soutenues par une baisse attendue de la démographie médicale.

Hypothèses

Le système de soins actuel basé sur une prise en charge curative des pathologies s'essouffle et ne répond plus aux besoins en santé des individus et des populations. La prévention étant trop peu présente dans la culture et les pratiques des soignants, il est nécessaire de transformer la manière de « faire de la santé ». Si à ce jour, les politiques publiques de santé et les soignants sont impliqués dans la prévention secondaire, tertiaire, et quaternaire, la prévention primaire est quasiment inexistante. La prévention relève en premier lieu des soins primaires^{3,4}.

La prévention est un outil complexe de gestion des risques, fondé sur l'objectif d'éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités lorsqu'il s'agit de son application au champ de la santé. On distingue cependant quatre niveaux de prévention distincts selon la définition de la WONCA (World family doctors, caring for people)⁵ : i) la prévention primaire qui agit en amont de la maladie pour en éviter la survenue ; ii) la prévention secondaire qui consiste au dépistage précoce de la maladie ; iii) la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récidives ; et iv) la prévention quaternaire qui consiste à éviter la surutilisation, la sous-utilisation ou le mésusage des soins.

Aussi, la composante psychologique qui peut être sous-estimée dans la pratique courante des soins primaires, pourrait avoir une incidence significative sur la détection de maladies somatiques, si elle était prise en compte sous l'angle d'une approche préventive et promotionnelle de la santé. La nature même de cette composante repose de plus en plus sur un contexte d'échanges transdisciplinaires et l'utilisation des technologies de l'information (par ex., analyse automatisée de langage).

Objectif

Face à ces constats et fort de son expertise en soins primaires le centre de santé Richerand a le projet de créer le premier centre de prévention en santé en France, dans ses locaux, en complément des activités de soins déjà pratiquées dans le centre.

³ Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. Prévention en médecine générale : une part croissante et une évolution de l'activité. *Médecine* 2007;3:29-33.

⁴ Starfield B, Hyde J, Gérvas L, Heath I. The concept of prevention : A good idea gone astray ? *J Epidemiol Community Health* 2008;62:580-3.

⁵ Bentzen N (ed.). *Wonca Dictionary of General/Family Practice*, Wonca International Classification Committee, *Månedsskrift for Praktisk Lægegerning*. Copenhagen : 2003.

PARTIE II : LE CENTRE DE SANTE RICHERAND

Le centre de santé Richerand est un centre de santé pluriprofessionnel organisé dans le cadre d'une coopérative, agissant dans le cadre conventionné du secteur 1 et appliquant le tiers-payant intégral. Il comprend une forte activité de soins primaires avec dix médecins généralistes exerçant des consultations avec et sans rendez-vous, une infirmerie comprenant deux infirmières, des consultations spécialisées (gynécologie, maïeutique, urologie, dermatologie, rhumatologie, ORL, cardiologie, phlébologie, ophtalmologie), des consultations de psychologie, un centre dentaire (deux fauteuils dentaires), un centre d'imagerie (radiologie conventionnelle, mammographie, échographie) et un laboratoire d'analyses effectuant des prélèvements tous les jours.

Son implantation territoriale et son implication dans les réponses apportées aux besoins de santé, ont fait que le centre de santé Richerand a construit son projet de santé au regard non seulement des diagnostics cliniques des patients, mais aussi des diagnostics en termes d'inégalités sociales, dans le but d'y consacrer un intérêt grandissant, afin de réduire ces inégalités en référence au principe d'universalisme proportionné cité plus haut.

Dans ce but, l'équipe du centre de santé Richerand a construit et développé plusieurs partenariats territoriaux pour faciliter l'accès aux soins des personnes vulnérables :

Des liens ville-hôpital privilégiés : L'équipe du centre de santé comprend trois médecins généralistes dont l'activité est partagée avec les hôpitaux du territoire (deux avec l'hôpital Lariboisière AP-HP et un avec l'hôpital Saint-Louis AP-HP). Ils organisent l'accès à des soins de ville pour des patients hospitalisés, en aval de leur séjour, dans une perspective de réduction des inégalités sociales d'accès aux soins. Ils ont permis à plusieurs centaines de patients d'être suivis en ville alors qu'ils consultaient à l'hôpital. Entre novembre 2018 et août 2021, 778 patients se sont vu proposer un suivi au centre de santé Richerand. Parmi eux, 68.8% sont désormais suivis (535 patients) et 180 d'entre eux sont issus de la PASS Lariboisière. Une thèse d'exercice de médecine réalisée en 2019 sur la première cohorte de patients issus de ce dispositif a permis de mettre en évidence qu'il s'agissait d'une patientèle en forte situation de vulnérabilité. Ainsi, la majeure partie d'entre eux sont des hommes, jeunes et sans emploi. La moitié d'entre eux vivent dans des logements instables et 18% sont à la rue. 57% sont titulaires de la CMU ou de l'AME et 9% n'ont pas de complémentaire santé. 78% sont nés à l'étranger, 40% sont en France depuis moins de 3 ans et 22% ne parlent pas français.

Des liens avec le CAARUD Oppelia-Charonne grâce à la mise à disposition de deux médecins généralistes une demi-journée par semaine au CAARUD afin de réaliser des consultations de soins et de prévention auprès des femmes travailleuses du sexe et usagère de drogue.

Des liens avec Parcours d'Exil et l'Institut de Victimologie, deux autres centres de santé présents dans les locaux de la coopérative de santé. Ces derniers sont spécialisés dans la prise en charge du psycho-traumatisme. Les travaux conjoints des équipes des centres de santé ont permis de construire des parcours d'adressage facilités pour les personnes en situation de psycho-traumatisme notamment à la suite de violences.

Des liens avec le CMP du 10^e via le projet PSYSOM qui permet un adressage facilité des patient·e·s ayant besoin d'une évaluation et d'un suivi psychiatrique.

Des liens avec le centre de planification familial de l'hôpital Lariboisière.

Des liens avec la Ville de Paris et notamment avec la direction de la santé publique.

Des liens avec la **CPTS Paris 10^e** qui a établi son siège social au sein de la Coopérative de santé Riche-
rand.

PARTIE III : PROJET DE CREATION D'UN CENTRE DE PREVENTION

Développement d'un modèle de prévention personnalisé inspiré du principe d'universalisme proportionné

Le projet de création du centre de prévention Richerand, centre de prévention en santé, s'inscrit pleinement dans la logique d'universalisme proportionnée de prévention individualisée, ciblée sur des populations vulnérables en priorité, mais sans en exclure non plus les autres populations.

L'adressage pourra y être fait par le médecin traitant mais également par d'autres intervenants des secteurs médicaux et médico-sociaux. Les usagers pourront également bénéficier d'un accès direct. La mise en place de mesures d'aller-vers ou de ramener-vers qui auront toute leur utilité pour permettre aux personnes les plus éloignées du système de santé de bénéficier de ces programmes de prévention personnalisé.

L'élaboration du programme individuel de prévention personnalisé débutera par un premier accueil par un médecin ou un.e infirmier.ère de pratique avancée lors d'une première consultation longue.

A partir d'un questionnaire, élaboré par l'équipe de soins primaires, et validé par un groupe d'experts suivant une méthode DELPHI modifiée, cette consultation permettra de réaliser un état des lieux de la situation socio-professionnelle, de l'état clinique et psychique, de l'histoire de vie des usagers et ainsi de déterminer les facteurs de vulnérabilité ou de risque de chacun. Une des particularités du projet sera d'expérimenter une approche innovante à partir d'une analyse linguistique automatisée, permettant de détecter les faibles bruits, notamment de la composante psychologique, précurseurs ou cachant les symptômes d'une maladie somatique.

L'originalité du centre de prévention Richerand sera de développer un modèle de prévention et de promotion de la santé, prenant en compte les facteurs de risques au niveau individuel de chaque patient, dans la perspective d'élaborer pour chacun d'eux, un programme de prévention individualisé, que ce soit dans son contenu et dans sa durée.

En agissant ainsi sur certains déterminants sociaux de la santé, l'objectif du centre de prévention Richerand sera de réduire les inégalités observées en santé.

Un modèle de prévention basé sur l'élaboration d'algorithmes de prise en charge développés à partir de données probantes

Un autre aspect innovant du projet, repose sur le développement d'une méthode décisionnelle fondée sur l'utilisation en temps réel de données probantes incluant : des données issues de la revue de la littérature (état de l'art) pour interpréter des observations et données de vie réelle issues de la collecte, du stockage et de l'analyse des données des consultations de prévention.

Cette analyse mobilisera l'entrepôt national des données de santé des centres de santé piloté par l'Institut Jean-François Rey, lui-même porté par la Coopérative de santé Richerand.

Le centre de prévention Richerand développera les programmes de prévention personnalisé progressivement en s'appuyant sur l'entrepôt de données de santé (EDS) au fur et à mesure de sa mise en production.

Première visite :

- Consultation par le médecin et/ou l'IPA à partir du questionnaire, d'un examen clinique et éventuellement d'examen paracliniques ;
- Proposition d'un programme personnalisé de prévention avec un ou plusieurs modules.

Deuxième visite :

L'utilisateur participera aux modules qui ont été proposés lors de la première visite :

- Périnatalité et éducation à la parentalité ;
- Pédiatrie ;
- Santé de la femme ;
- Santé sexuelle ;
- Dépistage des cancers ;
- Cardiovasculaire ;
- Vaccinations ;
- Bien-être et santé mentale ;
- Addictions ;
- Risques professionnels et suivi post-professionnel ;
- Bilan pré-retraite.

L'offre proposée dans les différents modules sera variée et adaptée aux besoins de l'utilisateur :

- Consultation d'éducation thérapeutique ;
- Consultation de conseils et d'accompagnement ;
- Consultation médicale ;
- Soutien psychologique ;
- Ateliers en groupe ;
- Sport-santé.

Ces interventions pourront être assurées par des infirmier·ère·s, des sage-femmes, des médecins, des psychologues, des éducateurs sportifs ou encore des diététiciennes...

L'équipe de soins primaires du centre de santé Richerand veillera à la pertinence des interventions proposées et s'appuiera sur les données d'évaluation du projet afin de bâtir une offre adaptée et utile.

Particularités de l'approche de la prévention par la composante psychologique de la maladie

Cet aspect du projet représente une part importante de son caractère innovant à double titre : d'abord parce qu'il s'appuie sur une mise en œuvre de l'hypothèse de transdisciplinarité de la maladie ; et d'autre part parce qu'il fait une part importante aux technologies de l'information et du traitement des données pour construire un modèle de décision clinique basé sur une analyse automatisée du langage.

Il est envisagé, dans le cadre du développement de l'entrepôt de données de santé des centres de santé, dans son application de support au centre de prévention Richerand d'intégrer ces applications avec celles généralistes qui seront utilisées sur un plan général pour l'analyse de la documentation des soins primaires : l'application d'extraction de concepts multi-terminologiques (ECMT)⁶ et l'intégrateur de terminologies permettant l'interopérabilité et le traitement automatisé du langage naturel (par ex., HeTOP)^{7,8}.

Le programme du centre de prévention sera piloté et évalué en continu en s'appuyant sur les données définies à la construction de l'expérimentation.

Une évaluation médico-économique sera conduite en lien avec l'entrepôt de données de santé des centres de santé à deux niveaux : dans le cadre du pilotage interne du centre de prévention Richerand ; et dans un cadre conventionnel d'expérimentation et de mise en œuvre de nouveau modèle de financement de la prévention et promotion de la santé.

⁶ Siefriidt C, et al. Evaluation of automatic annotation by a multi-terminological concepts extractor within a corpus of data from family medicine consultations. *Int J Med Inform.* 2020 Jan;133:104009. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2019.104009.

⁷ Benis A, et al. Medical informatics and digital health multilingual ontology (MIMO): A tool to improve international collaborations. *Int J Med Inform.* 2022 Nov;167:104860. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2022.104860.

⁸ Grosjean J, Soualmia LF, Bouarech K, Jonquet C, Darmoni SJ. An approach to compare bio-ontologies portals. *Stud Health Technol Inform.* 2014;205:1008-12.