



Colloque

Vendredi 12 octobre 2018

Place de la prévention et de la promotion de la santé dans l'offre de soins

Actions de prévention auprès du
patient





Résultats sur l'utilisation des consultations brèves en santé sexuelle

Docteur Pervenche MARTINET
Chef de service CeGIDD, CD 13



Quelques données

Evaluation du dépistage de la syphilis parmi les HSH sexuellement actifs infectés par le VIH aux Etats Unis. *Voux A. et al. - Clin Infect Dis. 2018 Jul 7*

« près d'un tiers des HSH sexuellement actifs infectés par le VIH n'ont pas été testés chaque année pour la syphilis et beaucoup de ceux qui présentent un risque accru ne l'ont pas été selon les rythmes recommandés »

Fréquence du dépistage de la syphilis

- basées sur la présence et le niveau des comportements sexuels à risque.
- évaluation du risque sexuel, importance d'obtenir systématiquement les antécédents sexuels des patients.
- études américaines: faibles niveaux de counseling individuel chez les HSH séropositifs (1)

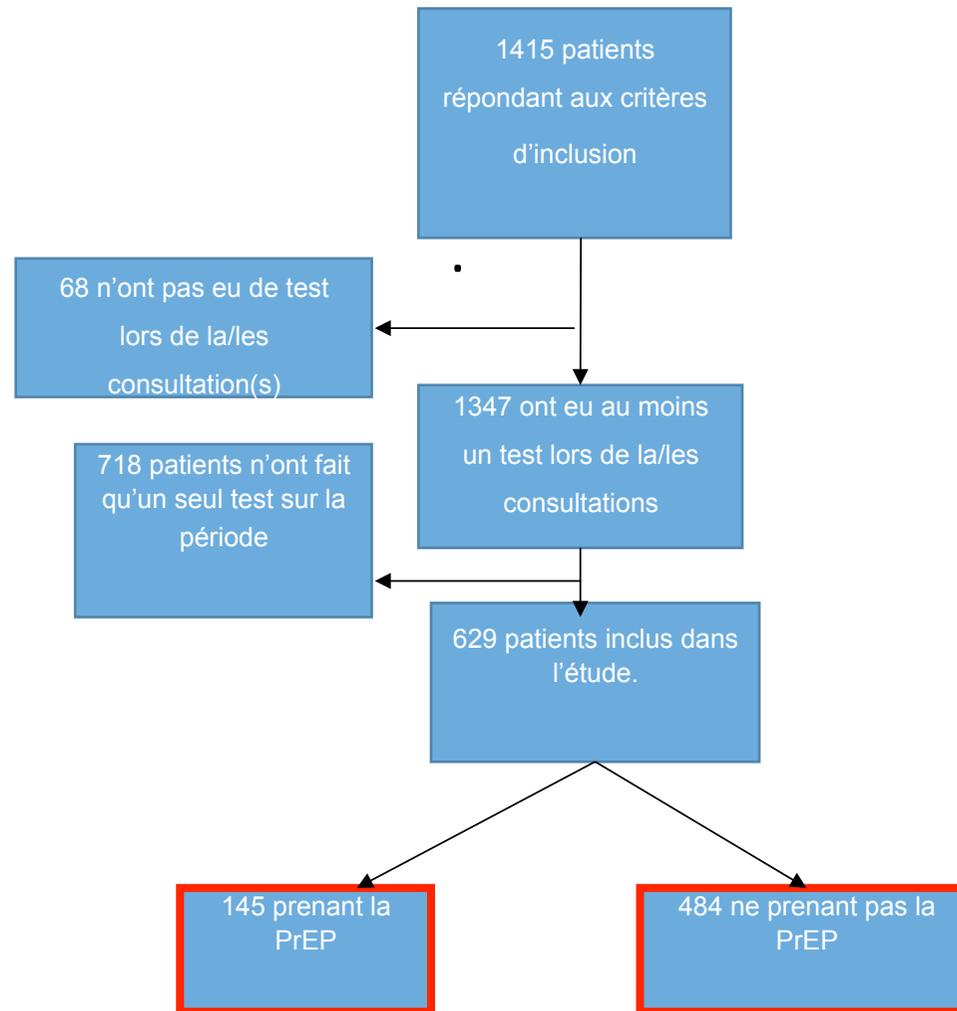
→ Diagnostic de syphilis: marqueur de rapports sexuels « à risques », peut être utilisé comme une occasion de s'engager dans le **counseling comportemental**, important pour la réduction du risque de transmission du VIH et l'acquisition d'autres IST

1-Mizuno Y, Zhu J, Crepaz N, et al. Receipt of HIV/STD prevention counseling by HIV- infected adults receiving medical care in the United States. *AIDS* 2014; 28(3):407–15

Quelques données sur la PrEP dans les CeGIDD-CD13 du 01/06/2016 au 07/04/2018

Thèse Paul DUROUSSEAU-DUGONTIER

«Les infections sexuellement transmissibles chez les patients sous prophylaxie pré-exposition au VIH dans les centres de dépistage des Bouches-Du-Rhône »





PrEP

Toute personne exposée à un risque substantiel d'infection par le VIH doit se voir proposer le traitement antirétroviral préventif.

(Communiqué de l'Organisation Mondiale de la Santé, Sept. 2015)



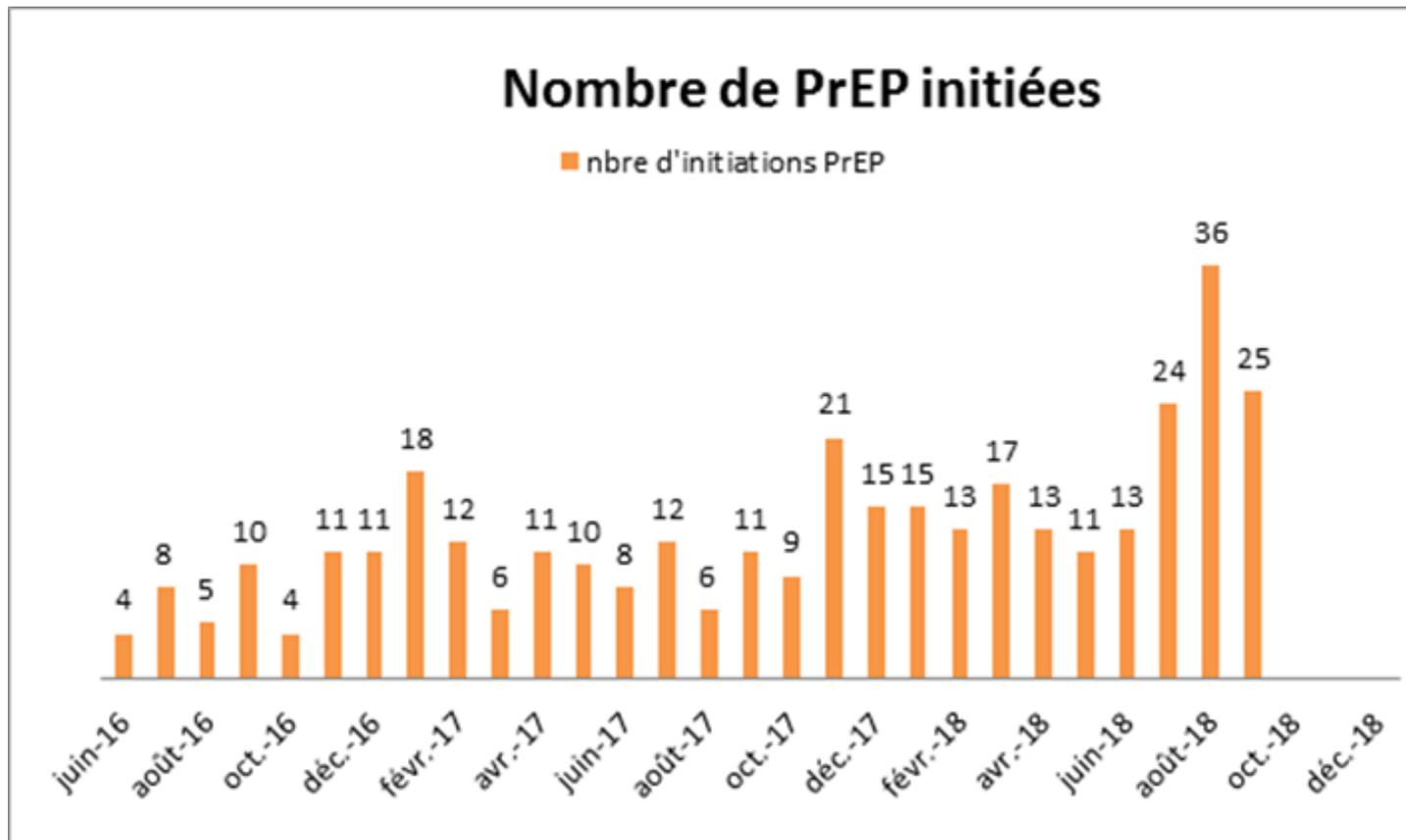
Quelques données

La PrEP dans les CeGIDD du CD13

PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH
INDIVIDUELLES ET COUPLETS UNIS
sous la direction du Pr Philippe Morlat
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

CNS

anrs



La PrEP dans les CeGIDD du CD13

Motifs de refus de PrEP (enquête 2018)

Les 2 motifs principaux de refus de PrEP venant des patients sont:

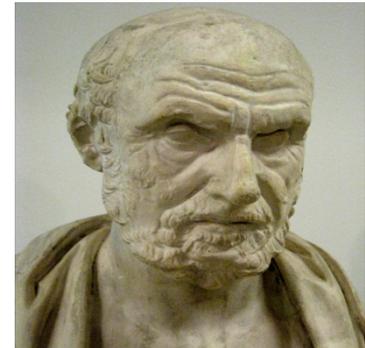
- la crainte des autres IST
- la crainte des effets secondaires du médicament

Il y a d'autres freins à la prescription de la PrEP que le refus des patients:

- Certains médecins ne savent pas que la PrEP existe
- Objet de polémique:

remboursement par l'assurance-maladie

appel à des pratiques sexuelles sans protection avec une augmentation des incidences des IST



Comment faire mieux ?

- Informer, débattre, publier souvent et faire des campagnes en évitant de choquer sur la question
- Accompagner les personnes candidates à la PrEP
- Prendre le temps d'expliquer
- « vingt fois sur le métier... »
- Ne pas banaliser le SIDA !!!



Prophylaxie Sanitaire et Morale: Tome 41,4, Juillet-Août 1969.

« l'influence des gestogènes contraceptifs oraux sur le comportement sexuel et la dissémination de la gonococcie »

L'IMPORTANT N'EST PAS DE CONVAINCRE MAIS DE DONNER A REFLECHIR (Bernard WERBER)

Posture professionnelle CBS

Attitude d'intérêt ouvert

- Clarté et précision du contenu des échanges : clair, précis, spécifique, bref, personnel.
- Immédiateté : passé et futur sont hors de notre portée.
- Questions ouvertes, éviter le pourquoi.

Respect / Parité : RAPPORT EGALITAIRE d'adulte à adulte

- non directivité, ni soumission, ni manipulation

Non jugement, acceptation positive

- respect (demander l'autorisation)
- authenticité: attitude authentique de comprendre
- Congruence communication verbale /non verbale.

**Exemple d'une intervention de BCS
dans le cadre d'un comportement sexuel non adapté
(Référence FISCHER)**

Cadre d'intervention : - 10 à 20 minutes selon un schéma d'intervention en 9 questions ;
- dans un **environnement inter-relationnel empathique**.

1. Introduction de la discussion sur la sexualité avec le patient.

But :

Initier la communication avec le patient afin de lui permettre de s'exprimer et d'avoir une discussion autour de sa sexualité et de ses comportements sexuels.

Exemples :

- Dans le cadre de la consultation, nous allons aborder le thème de la sexualité. Acceptez-vous de parler de votre sexualité ?
- Qu'est-ce qui vous amène à faire cette démarche aujourd'hui ?
- Vous me dites n'utiliser aucune contraception. Que connaissez vous comme moyen de contraception ? Dans votre vie, quel serait le moyen le plus adapté pour vous ?
- Le témoignage : je rencontre lors de mes consultations beaucoup de patients ayant la même pathologie...

2. Identification et évaluation des comportements sexuels à risque actuels du patient.

But :

Déterminer quels sont les comportements sexuels à risque du patient et les conditions dans lesquelles s'effectuent ces comportements à risque. Il s'agit d'aider le patient à identifier son niveau de risque et le contexte dans lequel il se produit.

Exemples :

- Vous me parlez de difficultés à utiliser le préservatif. Quand les utilisez vous ? Et quand ne les utilisez vous pas ? Quelles sont les situations où vous ne les utilisez pas ?
- Qu'est-ce qui fait que vous n'utilisiez aucun moyen de contraception lors de cette pratique ?
- Qu'est-ce qui fait que pour cette pratique vous utilisez toujours un moyen de contraception ?

3. Evaluation par le patient de sa prise de risque.

But :

Permettre au patient d'évaluer sa propre prise de risque et pouvoir identifier, si les prises de risque sont multiples, celle qui le met le plus en difficulté aujourd'hui.

Exemples :

- Vous me parlez de vos différentes prises de risque. Aujourd'hui, laquelle vous mets le plus en difficulté ?
- Vous me parlez de différentes prises de risque. De laquelle souhaitez-vous parler aujourd'hui ?
- Qu'est-ce que pour vous une prise de risque ?

4. Evaluation de la réceptivité du patient au changement vis-à-vis de son comportement à risque.

But :

Evaluer la capacité de changement et de modification du comportement du patient.
Etape importante pour apprécier les stratégies que le patient peut mettre en œuvre dans le cadre de son changement de comportement.

Exemples :

- Quels avantages / inconvénients avez-vous à utiliser le préservatif ?
- Qu'est-ce qui vous mets le plus en difficulté ?

- Qu'est-ce qui vous mets en confiance ?

5. Impact de la démarche de modification du comportement sur le patient et son entourage.

But :

Explorer l'impact de la démarche du patient, ses capacités et ses possibilités de changement.

Exemples :

- Qu'est-ce qui est le plus important pour vous ?
- Quelle pourrait être la réaction de votre(vos) partenaire(s) si vous proposez le préservatif ?
- Aurez-vous la possibilité de proposer et de mettre un préservatif ?
- Vous est-il arrivé de refuser un rapport que vous estimez à risque ?

6. Identification des obstacles à la mise en place d'un comportement sexuel plus sûr.

But :

Apprécier la motivation au changement de comportement et la capacité de négociation à une stratégie de réduction des risques sexuels.

Exemples :

- Quels sont les avantages pour vous à modifier votre comportement ?
- Quels sont les inconvénients pour vous à modifier votre comportement ?

7. Exploration des solutions possibles et des stratégies pour surmonter les obstacles au changement.

But :

Négocier une stratégie de réduction des risques sexuels.

Exemples :

- Quelle alternative satisfaisante pourriez-vous adopter s'il y a non utilisation du préservatif ?
- Si vous me dites que le plus important pour vous est ..., comment imaginez-vous faire lors de votre prochaine relation sexuelle ?
- Vous avez utiliser le préservatif. Quels sont les obstacles que vous avez résolus ?

8. Négociation du plan d'actions / changement de comportement.

But :

Aider à la prise ou à la confirmation de décision de changement de comportement.

Ancrage de la modification du comportement.

S'assurer de la réalisation / concrétisation des solutions proposées (méthode SMART).

Exemples :

- Si je comprends bien... revenir sur chaque étape et vérifier la réalisation, la concrétisation et l'homogénéité de la solution.
- Anticipation des émotions et des comportements lors de la prochaine prise de risque.
- Scenarii pour ancrage de la modification de changement.

9. Clôture de l'entretien.

But :

Aider à un ancrage positif, s'assurer qu'il n'y a pas d'autres questions, permettre à la personne de repartir en harmonie avec elle-même et les autres.

Exemples :

- Quelles solutions devant une prochaine prise de risque ?
- Quelles émotions face à une prochaine prise de risque ?
- Permettre la prise d'un nouveau rendez-vous, d'une orientation vers un autre professionnel, remise de documentations, ...

Trouver les mots pour parler de sexualité...

Questions pour ouvrir la CBS: *(Troussier DOIN 2006, 2011, Hatzichristou 2010)*

Comment vous vous sentez par rapport à votre vie intime ? ou « Comment ça va à la maison ? », Avez-vous des questions ou des préoccupations au sujet des questions sexuelles ?, Que se passe-t-il ?...

« Vous allez rire , docteur », « Je n'ose pas vous raconter », « Je commence par le début ? », « vous avez le temps ? », « C'est une histoire de fou », tristesse, pleurs, inquiétude...

Mettre les gens à l'aise, **dédramatiser, ne pas culpabiliser**

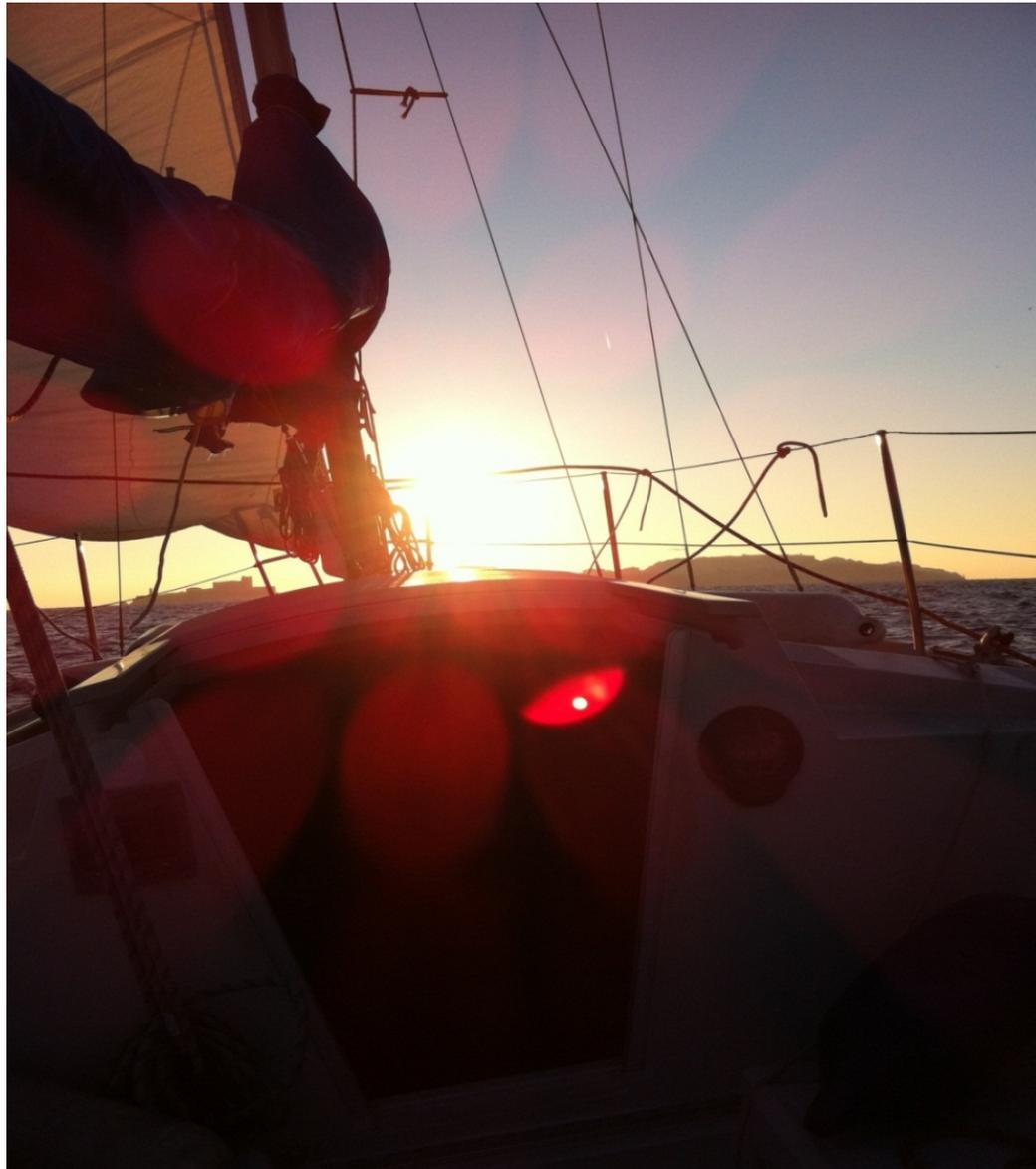
Instaurer un climat de **confiance**: respect du secret professionnel, non jugement

Etre court et succinct, **mais savoir laisser du temps**

S'adapter au type de personnalité

« nous ne sommes pas dans leur lit... » Dr TG

Merci pour votre attention





Utilisation de l'intervention brève sur la thématique des addictions en consultation

Docteur Thierry VENTRE
Médecin addictologue CSAPA AVASTOFA 83500

Intervention brève?

Démarche de prévention secondaire basée sur un entretien de type motivationnel.

Qui s'adresse à des personnes ayant une consommation excessive ou à risque mais qui ne sont pas dépendantes.

Dont l'objectif est le retour de la consommation à un niveau inférieur au seuil de risque.

Dont la mise en œuvre est immédiate après le repérage du risque: RPIB (repérage précoce et intervention brève).

Enjeux de l'intervention brève

Cout social de l'alcool et du tabac: 120 milliards d'euro chacun par an (Reynaud Karila 2016).

Morts prématurées par an en France: alcool 49000 tabac 79000.

Morbidité très élevée.

Alcool premier produit le plus dommageable toutes substances psychotropes confondues. (Reynaud).

Le niveau de preuve sur l'efficacité de l'intervention brève est élevé: 30 à 50% des consommateurs excessifs d'alcool diminuent durablement leur consommation après une seule intervention

Freins à la mise en œuvre - faisabilité

Le RPIB peut doubler un temps de consultation.

Les situations de polyconsommation sont plus difficiles à aborder.

Les représentations des professionnels: sur les consommations en général et par rapport à leur propre consommation.

La nécessité d'être formé au RPIB

En pratique

Pour qui?

Pour les consommateurs excessifs ou à risque non dépendants.

Par qui?

Avant tout par les médecins généralistes car:

.Les MG sont en contact chaque année avec 75% de la population.

.La probabilité d'identifier un patient à risque avec l'alcool est de 20%

.88% des patients considèrent que le MG est le meilleur interlocuteur pour aborder les problèmes d'alcool

.Il existe des outils validés en médecine générale permettant de standardiser une évaluation qui peut tenir lieu de traitement. (outil RPIB HAS)

Pour quel objectif?

Réduire la consommation sans chercher l'abstinence.

En pratique

Comment?

a. Repérer les personnes à risque et évaluer le risque lié à la consommation (outil RPIB HAS)

- Repérage systématique
- A l'occasion d'examens biologiques (prescription, résultats).
- Orienté: .pathologies en lien direct ou indirect avec une consommation
 - . publics à risque: femmes enceintes, jeunes, certains milieux professionnels, personnes âgées.
 - .tableau clinique complexe, confus , traitements habituels inefficaces ou ayant des effets inhabituels (personnes âgées +++).

b. Réaliser immédiatement l'intervention brève si indiquée.

- Nécessite entre 5 et 20 minutes et 1 à 4 séances.
- Entretien standardisé suivant le schéma F.R.A.M.E.S

Entretien standardisé suivant le schéma F.R.A.M.E.S

.Feedback: commenter, définir le verre standard, impact sur la santé

.Responsability: le changement de comportement appartient au patient

.Advice: un conseil de modération clair est donné au patient

.Menu: évoquer les modifications possibles de consommation, laisser le choix

.Empathie

.Self-efficacy: encourager le patient sur sa capacité à changer son comportement

c. On offre au patient la possibilité d'en reparler au cours d'une prochaine consultation et on remet un document d'information.

Conclusion

- . Le RPIB en consultation dans le cadre des consommations excessives est un outil facile à mettre en œuvre.
- . Son efficacité en terme de baisse des consommations est prouvée et durable.
- . Le mettre en œuvre permet de sauver des vies et d'améliorer la qualité de vie de nos patients.



La prévention en pharmacie : l'exemple du dispositif Pharm'Observance

Docteur Félicia FERRERA
Présidente de l'URPS Pharmaciens PACA





Fonction du Médecin Traitant dans la prévention et la promotion de la santé dans le parcours de soins

Docteur Jean-Luc LE GALL
Président du CROM PACA



25 MESURES-PHARES DE LA POLITIQUE DE PREVENTION

(Comité interministériel pour la santé 2018)

-La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité.(OMS)

Prise en charge de l'individu tout au long de sa vie

- grossesse en pleine santé et 1000 premiers jours
 - santé des enfants et des jeunes
 - santé des adultes de 25 à 65 Ans
- bien vieillir et prévenir la perte d'autonomie

LA PREVENTION

But : éviter les maladies /limiter les conséquences.

Prévention Primaire :

- Eviter l'apparition d'une maladie et réduire le nombre de nouveaux cas
- Elle agit sur les facteurs de risque , par l'éducation pour la santé (tabac, alcool), les vaccins , voire gestes chirurgicaux....

Prévention Secondaire :

- Se situe au début de la maladie ,
- Vise à diminuer la durée d'évolution ,
- S'appuie sur un dépistage , un diagnostic et un traitement précoce

Prévention Tertiaire :

- Limiter les conséquences et les séquelles , prévenir les récurrences (réadaptation, intégration, réinsertion professionnelle)

LE MEDECIN GENERALISTE

La Prévention, l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique appartiennent aux missions du médecin généraliste.

Inscrits dans les textes : Lois de Santé, Code Déontologie Convention Médicale.

Souvent intriquées dans la mission de soins, au travers du colloque singulier avec le Patient.

Missions de Prévention dans 3 champs différents

- Prévention médicalisée
- Education pour la Santé
- Education thérapeutique

PREVENTION MEDICALISEE

Actes techniques ou prescriptifs (vaccinations)

Dépistage individuel

Incitation au dépistage collectif ou organisé

Prescription de sérologies

Médicaments (prévenir rechutes et complications)

EDUCATION POUR LA SANTE

But :aider la personne à modifier ses comportements , ses habitudes de vie ou son environnement ,dans le but de protéger sa santé.

Multithématique :

- parentalité
- sexualité
- addictions
- alimentation
- activités physiques
- risque au travail...

EDUCATION THERAPEUTIQUE

Aider le patient à acquérir les compétences nécessaires pour gérer une pathologie chronique.

Rendre patient conscient et informé de sa maladie.

Comprendre les traitements.

Responsabiliser le malade dans le but de maintenir et améliorer ses conditions de vie.

LE ROSP

Indicateurs de qualité des pratiques cliniques.

Fixés en cohérence avec les priorités de Santé Publique

Conjointement avec partenaires conventionnels.

Tenant compte avis et référentiels (HAS et recommandations internationales).

LE ROSP

2 Thèmes de prévention

SUIVI DES PATHOLOGIES :

Diabète

Hypertension artérielle

Risque cardio-vasculaire

PREVENTION

Grippe

Dépistage des cancers

Iatrogénie

Antibiothérapie

Conduites addictives

AUTRES OUTILS

CAMPAGNES DE DEPISTAGE :

Cancer sein

Cancer colon

Cancer utérus

CAMPAGNES CIBLEES ET THEMATIQUES :

Mois sans tabac

Manger Bouger

DOCUMENTATIONS : Cpam ,Urps, Cres/Codes Industrie
pharmaceutique

CONCLUSIONS

Le Médecin Traitant, par sa proximité avec le patient et son entourage est un acteur de premier plan en matière d'orientation vers une prise en charge adaptée dans le prévention secondaire (aide au sevrage tabagique ou alcoolique, reprise d'une activité physique adaptée ...)

Il doit garder une place essentielle dans la prévention primaire et l'éducation à la santé. Cette activité doit être reconnue dans la Convention Médicale.

Ce travail de prévention ne doit plus se limiter au seul colloque singulier entre le médecin et son patient, mais s'inscrire dans une prise en charge pluri-professionnelle et dans le cadre d'exercice coordonné.

Il est nécessaire de donner une place plus importante à la formation pendant les études médicales .



Actions de prévention proposées par des infirmiers libéraux

Jean-Louis GUIDERA
Administrateur de l'URPS Infirmiers PACA





Merci pour votre attention