

# Réflexions après la fermeture d'un centre de bilans de santé<sup>1</sup>

M. Caloni

Directeur du Bureau de Recherches et d'Applications des Techniques Nouvelles à la Médecine, Créteil (France)

**Est-il raisonnable de réaliser un programme de bilans de santé en se servant des structures qui existent au sein d'un hôpital? Voilà le bilan d'une expérience parisienne.**

Après un long voyage d'étude à travers les Etats-Unis où j'ai visité tous les centres de bilans de santé utilisant l'informatique, un de mes amis, chef de service dans un grand hôpital parisien, m'a demandé de l'aider à créer un centre de bilans de santé dans son service.

Je tiens à dire tout de suite que cet exposé ne sera pas une critique de l'administration de cet hôpital. Il est trop facile de rejeter sur des fonctionnaires anonymes ses propres erreurs de jugement. Bien au contraire, il m'est agréable de dire que j'ai trouvé des partenaires administratifs actifs, intelligents et que c'est grâce à eux que nous avons pu ouvrir le centre de bilans de santé.

Que voulions-nous faire?

Il s'agissait, en se servant des structures qui existaient au sein de l'hôpital, de réaliser un programme de screening aussi complet que possible, mais dont le prix restait dans des limites raisonnables, environ 600 FF.

Le contenu de notre examen était le suivant:

- Un questionnaire sur papier, de plus de 200 questions, était rempli par le demandeur avant de venir subir l'examen. Il nous expédiait le questionnaire une fois rempli par la poste; celui-ci était lu par un des trois médecins de l'équipe des bilans. Suivant les réponses, on prévoyait éventuellement, en plus du bilan minimum de base, des consultations avec des spécialistes attachés au service.
- Une analyse d'urine par réactifs papier (Labstix Ames), . . . . .
- prise de sang à jeun,
- radiophotographie pulmonaire,
- ECG au repos,
- réflexogramme achilléen,
- mesure de la Capacité Vitale, de la VEMS, du Tiffeneau,
- un audiogramme (conduction aérienne),
- un examen de la vue,
- un examen gynécologique + frottis,
- une rectoscopie pour les hommes de plus de 40 ans,
- un examen clinique complet par l'un des trois médecins chargés de faire les bilans,
- parfois un examen complémentaire par l'un des spécialistes attachés au service.

La synthèse du dossier était faite par le médecin généraliste, huit à quinze jours après l'examen, suivant la vitesse de retour des résultats des analyses.

Trois cas:

- Ou le patient recevait le compte rendu de son bilan chez lui si tout allait bien,
- ou il recevait une lettre lui demandant de se rendre chez son médecin traitant qui recevait le double du compte rendu du bilan,
- ou il était convoqué dans le service pour subir des examens complémentaires. Dans ce dernier cas, le demandeur du bilan devenait un «malade» et rentrait dans le circuit normal de l'hôpital.

Voilà ce que nous voulions faire. Mais le passage des idées au concret ne s'est pas fait sans difficultés. La mise en place de ce programme idéal au sein du service a posé de nombreux problèmes. Certains n'ont pu être totalement résolus, ce qui nous a conduit à arrêter ce programme au bout de dix-huit mois.

Quelles furent nos erreurs?

La première fut d'avoir voulu créer un centre de bilans au milieu d'un service de consultations de médecine générale et de spécialités. Très vite nous nous sommes rendus compte qu'il n'était pas possible de mélanger deux sortes de patients: des malades et des supposés bien-portants. Ce mélange n'était pas accepté par:

## 1. les infirmières.

Pour elles, les malades sont la raison même de leur vocation et de leur métier; les bien-portants supposés sont des gêneurs, des inquiets, des riches (!). Ce dernier qualificatif montre que l'idée de l'hôpital pour les pauvres reste encore bien ancrée dans les esprits (ce qui, aux prix de journée actuels, est une contre-vérité manifeste). Les demandeurs de bilans, capables de dépenser 600 FF pour se savoir en bonne santé étaient des «riches», et n'avaient pas leur place dans le service même si le demandeur était un ouvrier ou un petit fonctionnaire, comme nous en avons eu. De plus, ces «biens-portants» supposés procuraient un surcroît de travail, sans pour cela apporter une augmentation de salaire.

## 2. les médecins.

Ceux qui étaient chargés de faire les examens cliniques des demandeurs de bilans n'avaient pas que cela à faire dans le service. Ils avaient des tâches hospitalières: consultations, visites, examens des dossiers médicaux, compte rendu d'hospitalisation, réception des familles, cours aux étudiants. Les bilans arrivaient en plus. Aussi, comme le travail se fait toujours par ordre décroissant d'urgence, les bilans se trouvaient en bout de liste.

Pour les spécialistes attachés au service, les demandeurs de bilans ne présentaient guère d'intérêt. En

<sup>1</sup> Basé sur une présentation lors des Journées d'exposés scientifiques de la Société suisse de médecine sociale et préventive, Lausanne, 4/5 octobre 1974.

effet, pour ces praticiens hautement spécialisés, habitués depuis longtemps à dépister et à traiter de graves maladies, le fait d'examiner des personnes «à priori» bien portantes était ressenti par eux comme une perte de temps notoire. Et c'est bien souvent en maugréant qu'ils acceptaient d'examiner nos patients.

### 3. les secrétaires médicales.

Elles aussi avaient un important surcroît de travail avec les bilans de santé: envoi des questionnaires, prise des rendez-vous dans le service, convocation des demandeurs, frappe des comptes rendus, tout cela aggravait encore leurs conditions de travail sans aucune compensation pécuniaire. Car le règlement des bilans était fait à la caisse de l'hôpital, et cet argent ne revenait pas au service. Il ne nous était donc pas possible d'apporter une contre-partie financière au surcroît de travail imposé par ces bilans.

Conclusion de ce qui précède: il est nécessaire qu'un centre de bilans soit autonome, que le personnel qui y travaille ne fasse que cela, qu'il soit convaincu de l'utilité de la médecine préventive et qu'il ne considère pas celle-ci comme un genre mineur. Il est nécessaire qu'il y ait *une unité d'action*.

*La deuxième erreur* fut d'avoir voulu intégrer au circuit des bilans des services de spécialités (ophtalmologie, ORL, radiologie) situés en dehors des locaux du service. Dès que le patient sortait de ceux-ci pour passer un audiogramme ou subir un examen de la vue, nous ne savions plus quand il reviendrait. Notre hôpital est très grand et les services parfois fort éloignés les uns des autres. Certains patients se sont perdus, certains ne sont jamais revenus dans le service, écoeürés par trois ou quatre heures d'attente dans des services ne dépendant pas de nous. Une anecdote: un haut fonctionnaire de la Présidence de la République est venu passer un bilan de santé chez nous. Il est resté quatre heures dans le service de radiologie, assis sur une chaise, pour des radios cervicales. Et nous avons pris la peine de prévenir la veille le service de la visite de cet important personnage. Il faut retenir de ces difficultés rencontrées qu'il est indispensable d'avoir *une unité de lieu* pour la réalisation d'un bilan de santé.

*La troisième erreur* fut de n'avoir pas pu tout concentrer dans une unité de temps. Je veux dire que la prise des données, l'analyse de celles-ci et le résultat de cette analyse s'étendaient sur de nombreux jours, quand il ne s'agissait pas de semaines. Entre la demande d'un rendez-vous, l'envoi du questionnaire, le retour de celui-ci au secrétariat et sa lecture par un médecin, l'envoi de la date du rendez-vous, le retour des examens biologiques, la synthèse du dossier et l'envoi du compte rendu, il pouvait facilement s'écouler six à huit semaines. Cela était dû d'abord à notre façon de faire: celle-ci était entièrement

manuelle, donc longue et peu fiable; ensuite à la difficulté, insurmontée jusqu'à la fin de l'expérience, d'obtenir les résultats des examens biologiques dans un délai relativement court. Et encore bien heureux quand ils revenaient! Entre les prélèvements faits dans le service et le retour des résultats, il pouvait s'écouler entre trois jours et deux semaines. Et ce qui revenait n'était pas forcément ce que nous avions demandé.

Entre ce qui était cassé, coagulé, perdu, égaré, mal identifié, non analysé (pour des raisons de panne de machine), entre les erreurs de distribution des feuilles de résultats égarées dans d'autres services ou non retranscrites, ou attribuées à un dossier homonyme, ou manifestement faux, la perte était de l'ordre de 33%! Le patient venu chez nous passer un bilan de santé avait donc une chance sur trois de ne pas avoir son bilan complet. Ce fut là la principale raison de la fermeture du centre de bilans.

Il est à retenir de ces problèmes que l'unité de temps est indispensable pour faire un bilan de santé. Il faut que tout soit fait dans *une unité de temps* prédéterminé et ne pas admettre d'exception.

L'étude de nos erreurs nous a montré que les bilans de santé avaient les mêmes règles que la tragédie classique:

«Qu'en un lieu, qu'en un jour, un seul fait accompli.  
(Boileau, l'Art Poétique)

Nous avons constaté que les Américains avaient eu raison d'informatiser leurs screenings: la répétition d'actes, toujours les mêmes, est beaucoup plus facilement réalisable par un système informatique bien programmé que par des hommes, toujours enclins à sortir des sentiers de la routine.

Sans vouloir alourdir cet exposé, je dois insister sur trois points qui me semblent être la clé de la réussite des bilans de santé.

### *La population examinée*

Le volontariat est la règle générale pour ces examens, tant aux Etats-Unis qu'en France. Cependant, pour que les bilans de santé présentent un intérêt, il faut qu'ils soient répétés régulièrement. Il est donc nécessaire que la population surveillée soit stable pour pouvoir être convoquée périodiquement. Si le déchet des reconvoications après un premier bilan est supérieur à 20%, le bilan de santé de masse perd de son intérêt car lors du quatrième examen, plus de la moitié des personnes examinées ne se présenteront plus. C'est la raison pour laquelle, aux Etats-Unis, l'expérience des cinq centres de screening créés pour la population pauvre de Brooklyn, de Milwaukee, Indianapolis, New Orleans et Providence s'est soldée par un échec et a entraîné la fermeture des quatre premiers centres. Celui de Providence (R.I.) est resté ouvert, car la population (des retraités de la marine essentiellement) est très stable et le déchet peu important.

Le volontariat actuel, tel que nous l'avons vécu dans notre centre, donne une fausse image de la population. Nous avons essentiellement eu des anxieux, des inquiets, des hypochondriaques. Les gens heureux, sans problèmes, ne sont qu'exceptionnellement venus dans notre centre se faire examiner. Il n'a donc pu être fait de travail statistique valable car notre échantillon n'était pas représentatif de la population. Aussi pour que les bilans de santé deviennent un instrument utile pour la population et pour la médecine préventive, sans parler de l'épidémiologie, il est nécessaire d'appliquer cette nouvelle technique à ce que j'ai appelé dans un article, une communauté close. Celle-ci peut être la famille, l'entreprise, ou composée par les cotisants à une caisse de prévoyance ou de retraite. Mais à mon avis, la principale indication des bilans de santé se situe au niveau de la médecine du travail qui reste le fer de lance de la médecine préventive.

Le deuxième point est à mon avis aussi important que le premier. Il s'agit du retour au centre de bilans des données médicales du médecin traitant. Ceci est difficile à obtenir. Aux Etats-Unis, les centres qui fonctionnent bien sont ceux qui ont pu réussir ce «*feedback*»; je pense que les idées et les habitudes médicales sont en train d'évoluer. La notion de secret professionnel en tant que bien propre du médecin qu'il ne doit pas partager avec un confrère, même au détriment de son patient, commence à devenir caduque. Les bonnes relations entre les médecins du centre et les médecins traitants dépendent beaucoup de l'attitude des premiers par rapport aux seconds. Je travaille à Paris dans un centre de bilans privé où nous avons su établir avec nos confrères tant médecins du travail que médecins traitants, d'excellentes relations dont le grand bénéficiaire est le patient.

Enfin, et je terminerai par là, je pense qu'il ne faut jamais considérer, comme beaucoup l'ont fait, que le bilan de santé est une fin en soi. C'est un instrument au service de la médecine, et rien d'autre. Qu'il soit manuel ou informatisé, ce fait ne change rien à l'affaire. Il allège le travail du médecin en supprimant une bonne part de la routine fastidieuse de la prise des données. Il permet à ce dernier de consacrer le temps ainsi gagné à mieux écouter son patient, et surtout à faire de la médecine. Car aucune machine ne remplacera le médecin pour faire un véritable examen clinique, technique bien oubliée aujourd'hui et avoir un entretien singulier avec son patient, qui restent les deux éléments principaux de l'acte médical et qui constituent à mes yeux la clé de voute de la médecine.

### Résumé

Les conditions de réussite d'un centre de bilans de santé sont analysées à la suite d'une réalisation faite en milieu hospitalier. Le centre ne doit pas être intégré à un centre de soins actifs. Il doit répondre aux critères de la tragédie classique: Unité de lieu: toutes les opérations doivent être faites dans un lieu bien défini; unité de temps: tout doit être fait dans une durée prédéterminée et aucune dérogation ne doit être admise; unité d'action: tout le personnel doit avoir pour but de faire de la médecine préventive.

Trois autres conditions pour réussir: avoir une population surveillée stable pour pouvoir la suivre longtemps; avoir un excellent contact avec les médecins traitants pour obtenir de ceux-ci le retour de leurs constatations médicales au centre; enfin il est nécessaire de ne pas concevoir le bilan de santé comme une fin en soi mais bien comme une technique médicale parmi les autres pour surveiller la santé d'une population.

### Zusammenfassung

*Überlegungen nach der Schliessung eines Vorsorgeuntersuchungszentrums*

Gestützt auf ein im Rahmen eines Spitals durchgeführtes Projekts werden die zum Erfolg eines Vorsorgeuntersuchungszentrums notwendigen Bedingungen analysiert. Das Zentrum sollte nicht in den üblichen Spitalbetrieb integriert werden. Es sollte die Bedingungen der klassischen Tragödie erfüllen: Im Sinne der Einheit des Ortes sollten alle seine Tätigkeiten am gleichen, genau bestimmten Ort durchgeführt werden; im Sinne der Einheit der Zeit sollte ausnahmslos alles innerhalb einer vorbestimmten Zeit zum Ablauf kommen; und im Sinne der Einheit der Handlung sollte das ganze Personal zum Zwecke einer präventivmedizinischen Tätigkeit angestellt sein.

Drei weitere zum Erfolg notwendige Bedingungen sind zu erfüllen: die betreute Bevölkerung sollte eine genügende Stabilität aufweisen, um über längere Zeit überwacht werden zu können; der Kontakt mit den behandelnden Ärzten sollte ausgezeichnet klappen, um sicherzustellen, dass ihre medizinischen Feststellungen zum Zentrum zurückgelangen; schliesslich ist es notwendig, dass die Gesundheitsvorsorgeuntersuchung nicht als Selbstzweck konzipiert ist, sondern als eine von mehreren medizinischen Techniken zur Überwachung der Gesundheit einer Bevölkerung.

### Summary

*Reflections after the closure of a screening center*

The conditions for success of a screening center are analyzed following the realization of a project within a hospital. The center should not be integrated into an active therapeutic center. It should follow the criteria of the classical tragedy. Unity of place: all operations of the center should take place within well defined localities; unity of time: all should be completed without exception within a predetermined time period; unity of action: all personnel should have the only aim of doing preventive medical work.

There are three further conditions for success: surveillance of a stable population that can be followed for a long time; an excellent contact with the treating physicians in order to assure the return to the center of their medical observations. Finally, the screening examination should not be considered as an aim in itself, but a medical technique among others to conduct a surveillance of a population.

### Adresse de l'auteur

Dr Michel Caloni, Directeur du Bureau de Recherches et d'Applications des Techniques Nouvelles à la Médecine, 51, quai du Halage, 94000 Créteil, France.