

GESTION DE L'INFORMATION DANS LES PRATIQUES DE SOINS INTÉGRÉS

Marianne Prévost, chercheur à la Fédération des maisons médicales

Vanni Della Giustina, psychologue en maison médicale

Yves Gosselain, chercheur à la Fédération des maisons médicales

Jean Laperche, médecin généraliste en maison médicale

Christian Legrève, animateur en maison médicale

Michel Roland, médecin généraliste en maison médicale

Marc Vanmeerbeek, médecin généraliste en maison médicale

Gestion de l'information dans les pratiques de soins intégrés, autrement dit, GIPSI : tel était le thème d'un forum organisé le 15 décembre 2001 à Natoye par la Fédération des maisons médicales, lequel a rassemblé une bonne soixantaine de participants issus de trente et une maisons médicales.

L'information, c'est un élément clé pour tous les soignants, toutes les équipes : les pratiques de soins reposent sur, et génèrent, une foule d'informations de tous ordres, qu'il n'est pas toujours aisé de rassembler, de trier, d'exploiter à bon escient... Comment organiser le recueil et l'analyse de toutes les informations utiles pour améliorer le bien-être des patients – et des soignants ? Quels systèmes d'information peuvent-ils faire gagner du temps, s'intégrer de manière souple dans le travail quotidien, sans poser trop de difficultés nouvelles ? Comment mieux communiquer entre soignants, entre soignants et patients ? Clarifier les questions relatives au partage de l'information, la transmission, la confidentialité ?

Depuis longtemps, les différents secteurs de la Fédération, et les maisons médicales, travaillent, chacun à partir d'un certain point de vue, autour de ces questions : élaboration d'un dossier santé informatisé basé sur l'approche des soins de santé primaires, tels qu'ils se pratiquent dans les maisons médicales ; collecte et analyse de données des maisons médicales au forfait, non seulement pour répondre à une obligation contractuelle vis-à-vis de l'INAMI, mais aussi pour étayer des interpellations, des revendications en matière de politique de santé ; démarches d'assurance de qualité en promotion de la santé, ce qui implique notamment le recours à des données existantes, ou la collecte d'informations utiles pour construire, évaluer, réorienter les projets ; élaboration de tableaux de bord par certaines équipes, pour piloter leurs activités... ; et, en mai 2001, le conseil d'administration a défini le recueil de données comme une priorité pour les deux prochaines années à venir...

LE FORUM : DIFFÉRENTS ANGLES DE VUE

Bref, différentes manières d’approcher la question de l’information, différentes perspectives, différents objectifs ; des portes d’entrée variées, qui pourraient faire oublier qu’on joue, quelque part, dans la même pièce – à tout le moins, à partir de la même pièce, celle où se rencontrent patient et soignant à partir d’une plainte, d’une demande de soins. Le forum se voulait un temps de réflexion, de mise à jour de tous ces angles de vue, et aussi de toutes les questions que soulève la gestion de l’information en maison médicale – questions d’ordre pratique, éthique, idéologique, technique... Temps de réflexion, étape dans un trajet à multiples facettes, dans un processus évolutif et toujours à questionner...

Toujours à questionner, pour que l’information et les outils qui permettent de la recueillir, de l’analyser, de l’utiliser, ne deviennent pas un matériau abstrait, au service d’objectifs que l’on ne maîtrise plus, au risque d’oublier en chemin que toute information s’enracine dans une histoire particulière, dans une rencontre unique... Le forum s’est construit autour du concept de la trace de cette rencontre – trace que chacun laisse dans l’univers de l’autre, parfois à son insu ; trace captée, oubliée, codée, transmise, secrète, fugitive, fondatrice...

Trois ateliers ont permis de réfléchir au sens de ces traces, au difficile équilibre entre la complexité de l’histoire et la nécessité d’une structuration, au voisinage périlleux entre le subjectif et l’objectivable, au risque toujours présent de privilégier l’outil aux dépens du sens de la rencontre, à la crainte de faire basculer la structuration éclairante vers un obscur réductionnisme... Dans chaque atelier, on est parti du colloque singulier pour envisager ensuite la question de l’information sous l’angle de la relation entre l’équipe et la collectivité locale d’une part, entre les maisons médicales et les décideurs d’autre part.

A partir de cette base commune, chaque atelier proposait un accent différent : le premier atelier proposait d’approfondir le concept même de trace, avec l’aide d’un historien ; le deuxième proposait une réflexion sur les liens entre la conception des soins et l’élaboration des méthodes, des outils de recueil d’information ; le troisième proposait d’aborder plus spécifiquement la question des outils, ce qu’ils permettent, ce qu’ils produisent, comment les utiliser...

Chaque atelier a été bousculé par le passage d’un intrus, tantôt savant fou, tantôt clodo, qui titillait notre conscience collective de l’éthique... ; il est venu mettre les participants en situation d’objet, recueillant sur un ordinateur – parfois hésitant – des données dont on ne savait pas trop ce qu’il allait faire... Il a fallu un certain temps avant que l’on se risque à le soumettre à la question – quelles hypothèses, quels objectifs, pour quel commanditaire ? Où, quand, les objets d’étude auront-ils le droit à la parole, comment redeviendront-ils sujets ?...

TROIS GRANDS AXES

Il est difficile de restituer toute la richesse des échanges qui ont eu lieu... mais des lignes de force se dégagent très clairement, à partir de trois grands axes qui ont traversé l’ensemble des discussions :

- le principe de l'informatisation, sa nécessité, son intérêt, ne sont pas à mettre en doute : le train est en marche, il ne s'agit pas (il ne s'agit plus) de rêver un monde où il n'existerait pas... Mais plutôt, de diriger son trajet, de contrôler sa vitesse, de décider dans quelles gares il doit s'arrêter, de prendre le temps de regarder le paysage...
- même s'il est indispensable à certains moments, d'approfondir la maîtrise des méthodes et des outils de collecte d'informations, cela ne permet pas de mettre entre parenthèses les interrogations éthiques : ces méthodes, ces outils ne sont pas neutres par rapport à des concepts, des valeurs de base - globalité des soins, participation des patients, confidentialité, autonomie... ; ils viennent aussi interroger les phénomènes de pouvoir, les positions idéologiques, la manière de travailler ensemble... Loin d'évacuer ces questions, le choix des outils et méthodes, la manière de les utiliser, vient parfois, aux yeux de certains, les pointer avec plus d'acuité : « *L'informatique oblige à expliciter les projets et ramène donc à la discussion sur les valeurs. Le dossier papier, qui implique moins la systématisation, permet une plage de flou artistique qui peut donner l'illusion d'une communauté de valeurs* »¹. Par contre, la technique peut avoir des effets pervers, qui nécessitent une grande vigilance, parce que, « *si la technique invite à renforcer le questionnement, elle risque en même temps, d'engager à l'oublier* »...
- quel que soit le niveau auquel les données sont analysées (local, national, voire international comme l'a envisagé un des ateliers)², une collecte de données à partir de la dispensation des soins doit avant tout être en cohérence avec cette pratique, servir cette pratique : la conception des outils, la définition des « cases à remplir », les techniques à mettre en place, ne peuvent pas être détachées de la prise en charge, ni, à fortiori, contre-productives par rapport aux objectifs poursuivis vis-à-vis des patients.

Dès lors, et c'était bien là le propos du forum, beaucoup d'échanges ont porté sur le sens du travail de soignant, et sur la manière dont il se décline en maison médicale, en amont – mais en lien étroit – avec les questions relatives au recueil de données.

LE DOSSIER, CONSTRUCTION D'UNE HISTOIRE

Quelle que soit sa forme, tout recueil d'information relatif aux patients – à travers le dossier « médical » ou « santé », le fichier signalétique, la description de cas... - procède d'une construction : en effet, le dossier ne se borne pas à recueillir l'histoire du patient, il participe à sa création : « *la particularité du dossier médical, c'est d'être pour vous une source d'informations à la construction de laquelle vous participez intimement. C'est-à-dire que vous construisez vous-mêmes les documents qui vous permettront de réfléchir à ce qu'est votre patient. Vous êtes à la fois constructeurs du document et usagers du document... C'est peut-être là qu'il faut réfléchir : le dossier médical a cette particularité d'être à la fois l'enregistrement d'un ensemble de données extérieures, biologiques, psychosociales, etc., mais en même temps construit par ceux qui consignent ces données : vous élaborer vous-mêmes votre propre système de traces, votre propre système d'objectivation* »³.

L'outil n'est donc pas neutre ou passif : il produit un matériau sur base duquel on entend la suite de l'histoire d'une certaine façon.

La tentation est dès lors grande, si l'on base sa pratique sur une approche globale de la santé, d'enregistrer le plus possible... : alors, le recueil d'information est-il au service d'une approche globale, ou d'une approche totalitaire ? Le dossier, vise-t-il à cerner la totalité du patient ? Si tel est le cas, il apparaît toujours insuffisant, ou, pire, il donnerait l'illusion de pouvoir un jour, si on le remplit parfaitement, rendre

compte de tout – et pourtant, non, « *le problème n'est pas de vouloir mettre le malade dans son ordinateur, c'est de croire qu'on peut le faire ...* ».

Aussi complet qu'il soit, le dossier ne permettra jamais de rendre compte de l'entièreté d'une histoire, d'une relation – tout comme la prise en charge, toute globale qu'elle soit, ne peut jamais qu'apporter une réponse partielle aux questions qui surgissent dans le trajet d'une vie : la complétude n'existe pas... même si on peut la rêver à certains moments, que l'on soit soignant ou patient... Donc, tendre vers la globalité, oui, mais en sachant - et en assumant - que l'autonomie du patient se joue, aussi, dans ce qu'il choisit de ne pas livrer, dans ce qu'il souhaite ne pas voir enregistré, ne pas voir transmis à d'autres.

Ceci vient soulever ce qu'il en est de la place du patient : le dossier est un objet matériel qui vient symboliser son lien avec un soignant, avec une équipe. Certaines maisons médicales donnent le dossier au patient lorsqu'il vient en consultation, « *c'est à lui, cela lui appartient* » ; certains soignants décident avec le patient de ce qu'il convient d'indiquer au dossier, de ce qu'il convient de transmettre à d'autres soignants, ou de garder strictement confidentiel... il devient dès lors la trace, non seulement de l'histoire du patient – d'une partie de son histoire – mais aussi de la relation qui s'est créée avec ce soignant-là, ce jour-là, dans ce contexte particulier – participation conjointe à l'élaboration d'une expérience dont quelque chose est commun... Comment se joue ce rôle symbolique lorsqu'on passe du dossier papier au dossier informatisé ?

Certains soignants hésitent à abandonner tout à fait le dossier papier, d'autres estiment que le dossier informatisé remplit tout aussi bien - voire mieux ? – cette fonction.

L'INFORMATION, - SUBJECTIF OU OBJECTIF ?

Alors finalement, que devient la distinction entre le subjectif et l'objectif ? « *Même un dossier médical, qui ne consigne que les données purement biologiques ou administratives, les données quantifiables, formalisables, est aussi le lieu d'expression d'une subjectivité, c'est-à-dire la subjectivité thérapeutique qui valorise cet ensemble de données et donne donc une certaine image du patient... Les frontières sujet – objet, là, s'effritent, et il est opportun de réfléchir à cet effritement pour ne pas tomber dans le piège d'une objectivation illusoire du patient* ».

INFORMATION ET PROJET D'ÉQUIPE

Au-delà du colloque singulier, se profilait, dans beaucoup de réflexions émises au cours des ateliers, l'interrogation sur le projet de l'équipe : dans quel projet s'insère la manière dont on prend un patient en charge – et donc aussi, le type d'informations que l'on garde, que l'on valorise ? « *Si un patient vient parce qu'il tousse et qu'il me dit en même temps que sa grand-mère est à l'agonie, j'encode qu'il tousse mais pas que sa grand-mère... ça, je le retiens pour moi, je l'écris quelque part, c'est une information importante dans la relation, mais je n'encode pas !* »... « *Si, moi j'encode, outre la toux, qu'il y a un problème familial parce que décès proche : c'est une donnée, le fait qu'il tousse à ce moment là de son histoire... l'encoder*

indique aussi que je ne fais pas que soigner des gens qui toussent, que ce dont ils souffrent par ailleurs, leurs peurs parfois, font aussi partie de leur problème, de mon métier... je veux rester conscient de cela... ».

INFORMATION ET PLURIDISCIPLINARITÉ

Ce type de réflexion dépasse la consultation médicale proprement dite, et amène à s'interroger sur le type de soignant qui note des informations dans le dossier (informatisé ou non) ; dans quelle mesure l'accueillante enregistre-t-elle des données reflétant la problématique du patient ? Jusqu'où le dossier informatisé permet-il à l'assistante sociale d'indiquer les détails de sa prise en charge ?

Pour que le dossier soit un outil au service de la pluridisciplinarité, encore faut-il que l'équipe accorde un même statut, une même importance, à des informations relevant de registres différents et que, au-delà du projet théorique, cela se traduise dans les faits – dans le recueil, dans le partage et l'analyse de ces informations, dans l'impact qu'aura, sur les activités et leur réorientation éventuelle, la réflexion quant aux résultats observés.

On rejoint ici, par un autre biais, la question du pouvoir et de la place du patient comme sujet : si la pluridisciplinarité permet de mieux respecter le sujet, grâce aux regards croisés de différents soignants, encore faut-il que les informations collectées – qui, ne l'oublions pas, enregistrent mais aussi créent l'histoire, ne reflètent pas qu'un seul de ces regards... Dans un des ateliers, on en est venu à questionner le dossier commun : est-ce la manière optimale de procéder, ou bien serait-il préférable de laisser à chaque discipline le loisir de « créer son récit » propre des accompagnements de patients, pour ensuite confronter ces récits, par la parole, au cours des rencontres entre disciplines qui ont cours dans les équipes ?

INFORMATION ET QUALITÉ DES SOINS

La collecte et l'analyse des informations améliorent-elles la qualité des soins ? On peut l'espérer, mais cela ne va pas de soi : *« Mieux savoir, mieux voir, mieux quantifier ce que l'on fait permet de mieux comprendre, et dès lors de mieux faire... mais, attention à la fuite en avant dans le recueil de données, lorsqu'il existe des problèmes évidents dans la qualité des soins : à quoi ça sert de savoir qu'on a 20 ou 30 % de diabétiques, si on sait déjà qu'on ne prend pas bien en charge ceux qu'on connaît ?... Les données chiffrées n'apportent quelque chose que si l'on a vraiment envie d'améliorer ce qu'on fait, de se mettre en question : c'est la base indispensable, donc cela renvoie au projet d'équipe. S'ils ne sont pas récoltés sur cette base, les chiffres ne servent à rien... et si cette question est bien posée à la base, ce n'est peut-être pas d'abord la récolte de chiffres qu'il faut faire... ».* La fuite en avant dans les chiffres, c'est parfois une manière de ne pas se confronter « en direct » à des divergences potentiellement conflictuelles... mais les chiffres, dont on espère alors un rôle de tiers objectivant, une « parole de vérité » risquent bien d'alimenter les tensions et l'irrationnel, si leur interprétation ne se fait pas dans le cadre d'une éthique définie, dès le départ, sur des bases communes, sur un désir commun d'interroger plutôt que de juger... *« Que l'on me donne assez de temps pour torturer ces chiffres, et je leur ferai avouer ce que je veux... ».*

INFORMATION ET RECHERCHE

« Bien poser cette question à la base », cela revient à formuler des hypothèses : quelles informations collecter, comment les analyser, les interpréter ? Dans n'importe quelle recherche, les hypothèses ne sont jamais neutres, elles reposent sur des valeurs, un projet ; en l'occurrence, les choix d'hypothèses – et donc, des données à analyser pour tester ces hypothèses – sont aussi liés aux priorités que se donne une équipe, dès lors qu'elle se définit comme proposant, à une collectivité dont les besoins ne sont pas toujours clairement exprimés, des activités dont les résultats ne sont pas toujours visibles dans l'immédiat – bref, lorsque l'équipe se donne, à son échelon local, une mission de santé publique qui va au-delà d'une réponse ponctuelle aux demandes individuelles. En regard de cette perspective, la définition des données pertinentes et de la manière de les collecter se pose autrement que dans le colloque singulier : *« en tant que médecin, seul face à mon patient, le papier crayon peut – à la rigueur – être suffisant ; face à une collectivité, j'ai un souci d'équité, il faut un dénominateur, et là l'outil informatique devient un support indispensable : il permet, plus facilement, de visualiser la patientèle, d'évaluer les besoins non couverts ».*

INFORMATION ET SANTÉ PUBLIQUE

Colloque singulier, prise en charge d'une collectivité ; le troisième niveau abordé dans le forum, c'était celui du rapport avec le politique, dont les décisions ont un impact sur cette collectivité. Les maisons médicales peuvent-elles nourrir la décision politique - qui en aurait apparemment besoin... : *« le système de santé belge est particulièrement désorganisé. Les dépenses y sont inéquitables. Le recueil de données que nous pourrions réaliser pourrait nous aider à infléchir les choix en matière de politique de santé, si nous démontrons que le système de santé pourrait mieux fonctionner. Nous pouvons proposer des références dans les domaines où elles n'existent pas... »*

A ce niveau plus global, l'analyse des données en maison médicale peut jouer un double rôle :

- un rôle d'observatoire des problèmes de santé définis au sens large, permettant d'identifier des besoins insuffisamment couverts, de les préciser, de les quantifier ; tâche d'autant plus importante que, bien souvent, les maisons médicales ont affaire à une population qui n'a pas beaucoup les moyens de se faire entendre ;
- un rôle de promotion d'une approche des soins qui reste actuellement marginale et trop peu valorisée : non seulement pour étayer des revendications propres aux maisons médicales, mais aussi plus largement, pour participer à l'évolution d'un système de soins qui, à tout le moins, ne met pas toujours en priorité le respect du sujet et le souci d'équité...

Ces pistes de travail rencontrent les objectifs définis comme prioritaires par le conseil d'administration, ainsi qu'une partie du travail du service d'études de la Fédération. Certaines analyses faites par ce service ont déjà eu un impact, par exemple elles ont permis d'argumenter la correction du forfait de base, en mettant en évidence que les patients de maisons médicales ne sont pas représentatifs de la totalité des patients de Belgique, mais appartiennent à des catégories particulières.

Cependant, il faudrait pouvoir aller beaucoup plus loin, ne pas limiter ce travail d'analyse aux maisons médicales au forfait⁴, avoir des données permettant d'analyser les pratiques de manière plus approfondie, sous leurs différents aspects...

La route est sans doute longue, d'autant plus que des écueils spécifiques surgissent : « *Plus on globalise, moins on contrôle... Il ne faut pas se lancer dans une transmission de données à un échelon large quand les outils de contrôle ne sont pas en place ; il faut avancer progressivement, pour assurer ce contrôle...* ». Ce qui semblait faire consensus dans l'atelier dont est issu cet extrait, c'est que la transmission des données brutes ne peut se faire que vers un niveau offrant des garanties, en terme de confidentialité mais aussi en terme d'analyse, afin d'éviter tout « dérapage incontrôlé »...

Un autre souci essentiel, c'est que ceux qui sont appelés à produire des données soient étroitement associés à leur utilisation, à leur analyse ; non seulement dans un souci de contrôle, mais, plus profondément sans doute, pour ne pas être en quelque sorte dépossédés du sens de leur travail.

Certains participants soulignent aussi que l'aspect « santé publique » de leur approche ne se situe pas seulement au niveau macro-politique : dans la prise en charge, l'accompagnement d'une collectivité locale, les acteurs de santé doivent aussi s'approprier leurs données afin de développer des analyses et des actions citoyennes sur un plan local.

DE LA RÉFLEXION À LA MISE EN ŒUVRE

Comment traduire en pistes de travail concrètes les réflexions émises lors du forum ? De nombreuses pistes ont été proposées par les participants, invités à les exprimer pendant les ateliers et, en fin de parcours, sur un petit questionnaire ; nous en présentons ici la synthèse.

Il y a d'une part, le souhait de continuer la réflexion sur certains thèmes essentiels, à travers des séminaires de formation, des ateliers, des clubs de réflexion, organisés au niveau de la Fédération, des intergroupes régionaux, ou en réunions d'équipe. Ces thèmes sont, par exemple : l'interaction existant entre la structuration conceptuelle du dossier et les valeurs qui orientent une certaine pratique des soins ; le rôle du dossier dans l'amélioration de la qualité du travail, dans la mise en pratique de la pluridisciplinarité ; l'impact du recueil de données sur la relation de soins ; la place de la saisie de données dans le contact thérapeutique ; la manière de hiérarchiser les priorités d'analyse et de définir les informations à récolter, au niveau de la maison médicale ; la méthodologie de sélection critique de l'information ; la manière d'utiliser les données pour aider à la décision dans la maison médicale elle-même, au niveau de son organisation de travail, ou de l'amélioration de ses approches préventives et curatives - mais aussi à des fins plus globales (interpellation des politiques locales et nationales). Les participants souhaitent aussi continuer à échanger autour de questions éthiques telle que la transparence, la transmission, la confidentialité des données, la participation du patient dans le recueil et l'utilisation de ces données.

Des besoins sont exprimés en ce qui concerne les outils ; les propositions concernent surtout Pricare, le dossier santé informatisé de la Fédération des maisons médicales, lequel est souvent perçu comme insuffisamment ouvert à l'ensemble des disciplines, et dès lors ne rendant pas suffisamment compte de la globalité de la prise en charge. Il doit rester évolutif pour permettre d'intégrer ultérieurement des volets nouveaux. Le développement de la convivialité, de la bureautique, sont très importants pour permettre un gain de temps : en effet, l'implantation des outils informatiques nécessite un apprentissage qui prend du temps, lequel est difficilement acceptable s'il n'entraîne pas à terme un meilleur confort de travail. Mais le dossier santé informatisé n'est pas le seul outil abordé : il s'agit aussi de se familiariser avec des méthodes et des techniques d'analyse utilisables au niveau de l'équipe.

Qu'elle soit ou non informatisée, la gestion de l'information implique aussi des processus de travail spécifiques : des besoins sont ainsi exprimés en terme de structures de communication dans l'équipe, entre équipes, entre les équipes et la Fédération. On sort ici du domaine essentiellement abordé lors du forum – celui de l'information directement liée au patient – pour envisager l'ensemble des informations qui arrivent à la maison médicale, qu'il est souvent difficile de trier, et qui provoquent une surcharge permanente de travail. Là aussi, des échanges entre équipes seraient utiles pour connaître les « trucs et ficelles » que certaines ont trouvés pour mieux gérer l'information.

CONCLUSION

Le souci de vigilance quant aux concepts structurant les outils de recueil d'information, et quant à l'utilisation des données, a été largement exprimé au cours du forum. Il est bien d'actualité, puisque les pouvoirs publics subsidient déjà la gestion du dossier médical global pour les patients de plus de cinquante ans (à concurrence de cinq cents quinze BEF/an/patient)⁵. La tendance des pouvoirs publics va, à court et moyen terme, vers une structuration de l'information (orientation patient et orientation problème) ; à plus long terme, l'objectif semble être d'établir la normalisation et la compatibilité entre logiciels⁶.

Il s'agit donc bien de se positionner, en tant que « producteurs de données » - mais avant tout en tant que soignant et, au-delà, en tant que citoyen – pour que les processus en cours soient en cohérence avec la richesse des pratiques⁷.

Comment mieux maintenir cette vigilance qu'en liant étroitement, comme cela a été fait tout au long du forum, les aspects éthiques, pratiques, techniques ? Ces aspects interagissent constamment, et sont dès lors à travailler de concert. L'analyse, l'acquisition de nouvelles compétences, s'imposent à tous les niveaux - depuis le colloque singulier jusqu'à la décision politique - et touchent à toutes les facettes du travail ; depuis les valeurs présidant à une certaine approche de la santé, jusqu'à l'organisation concrète du travail en équipe, qui impliquent toujours des choix de priorités, lesquels viennent (re)mettre à l'épreuve les valeurs fondatrices...

¹ Les passages en italique restituent les propos de certains participants.

² Exercice de mise en situation sur base du projet français Episodus.

³ Extrait d'une intervention de Carl Havelange, historien invité à ce forum.

⁴ Rappelons que le travail du service d'étude concerne les maisons médicales au forfait dans la mesure où il y a ici une priorité : les maisons médicales au forfait sont tenues de fournir à l'INAMI les données relatives à leur volume de travail.

⁵ Il n'y a pas de contrôle de qualité associé à cette procédure, laquelle doit se faire avec l'accord explicite du patient.

⁶ Le ministère des Affaires sociales a édicté une liste de critères de qualité avec lesquels les logiciels devront se mettre progressivement en conformité pour pouvoir être agréés. L'utilisation (également rémunérée) d'un tel dossier informatisé est assortie d'un contrôle de qualité chez le développeur du logiciel.

⁷ Le logiciel de la Fédération (Pricare) sera très probablement parmi les quelques uns à être labellisé.