

Place des offreurs de soins dans la prévention

Rapport

Collection
Avis et Rapports

Juillet 2018

Place des offreurs de soins dans la prévention

Dans le cadre des travaux du ministère chargé de la santé sur une politique volontariste de la prévention, la Direction de l'offre de soins (DGOS) et la Direction générale de la santé (DGS) ont saisi le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), le 30 juin 2017, sur la prévention et la promotion de la santé, en ciblant notamment les maisons de santé et les centres de santé.

Le HCSP rappelle que la prévention dépend de nombreux acteurs, et constate qu'il s'agit souvent d'initiatives personnes dépendantes, que les dispositifs d'appui sont multiples, non cohérents entre eux, mal coordonnés et peu lisibles, que le système d'information ne permet pas de connaître la réalité de la prise en charge préventive des patients, et qu'un accompagnement et une approche multidisciplinaire sont nécessaires. Par ailleurs il n'y a pas de stratégie de développement de la recherche dans ce domaine, ni de moyens à la hauteur des enjeux.

Le HCSP souligne que tous les offreurs de soins doivent mettre en œuvre des pratiques et des soins de santé préventifs et contribuer à la promotion de la santé, en lien avec les autres opérateurs de leur territoire.

Le HCSP identifie 6 recommandations, dont la première définit les 8 missions de la prévention : prévention systématisée et personnalisée, orientation/adressage, relais des campagnes nationales, promotion de santé en interne, production d'indicateurs, recherche interventionnelle, repérage/signalement, politique partenariale et intersectorielle.

La mise en œuvre de ces huit missions s'appuie sur les recommandations suivantes : 2. Des moyens pour une meilleure connaissance et reconnaissance des acteurs et structures, 3. Une formation des professionnels et des aidants, 4. La recherche, 5. L'organisation territoriale des missions de prévention et promotion de la santé, 6. La mise en place au sein des territoires, de comités de coordination territoriaux de santé intégrant les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), le secteur ambulatoire et les acteurs de la prévention hors du système de soins pour coordonner en région la politique de prévention des offreurs de soins.

Ces propositions sont le fruit des travaux du groupe de travail composé de représentants des quatre commissions spécialisées du HCSP. Les travaux ont été menés autour d'auditions d'acteurs de la santé, dont trois ARS, de contributions écrites, d'une enquête effectuée auprès des Unions régionales de professionnels de santé (URPS), et d'une analyse des actions de prévention intégrées dans l'outil Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé (OSCARS).

Contenu

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUCTION | 8 |
| 1.1 | Le périmètre de la saisine | 8 |
| 1.3 | Les travaux antérieurs du HCSP | 9 |
| 2 | DÉFINITION de la PRÉVENTION et de la PROMOTION DE LA SANTÉ | 10 |
| 2.1 | La prévention | 10 |
| 2.2 | La promotion de la santé | 12 |
| 2.3 | La prévention dans le système de soins | 12 |
| 3 | MÉTHODOLOGIE | 13 |
| 3.1 | Saisine du 30 juin 2017 | 13 |
| 3.2 | Groupe de travail « Offreurs de soins et prévention » | 14 |
| 3.3 | Travaux du groupe de travail | 14 |
| 3.4 | Prise en compte de l'échelon régional | 14 |
| 3.5 | Analyse des actions réalisées chez les offreurs de soins | 14 |
| 3.6 | Enquête vers les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) | 15 |
| 4 | ÉTAT DES LIEUX DES ACTEURS | 15 |
| 4.1 | Les offreurs de soins | 15 |
| 4.1.1 | Établissements de santé et GHT | 16 |
| 4.1.2 | Exercice libéral regroupé | 16 |
| 4.1.3 | Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) | 17 |
| 4.2 | Les acteurs de la prévention | 17 |
| 4.2.1 | Offreurs de soins préventifs : centres de protection maternelle et infantile (PMI), santé scolaire, centres de vaccination | 18 |
| 4.2.2 | Les acteurs de prévention hors milieu de soins | 19 |
| 5 | ÉTAT DES LIEUX DE L'ORGANISATION TERRITORIALE | 21 |
| 5.1 | Les outils stratégiques | 21 |
| 5.1.1 | Projet régional de santé et schéma régional de santé | 21 |
| 5.1.2 | Les cadres contractuels ARS / offreurs de soins | 22 |
| 5.2 | Les dispositifs territoriaux | 22 |
| 5.2.1 | Dispositifs d'action et de coordination | 22 |
| 5.2.2 | Dispositifs de pilotage | 24 |
| 5.2.3 | Dispositifs de représentation territoriale | 25 |
| 5.2.4 | Dispositifs de démocratie sanitaire | 25 |
| 5.2.5 | Autres dispositifs | 26 |
| 5.3 | Les labels et dispositifs de reconnaissance liés à une approche de promotion de la santé | 26 |
| 5.3.1 | Le réseau des hôpitaux promoteurs de santé | 26 |
| 5.3.2 | Les maternités amies des bébés | 28 |
| 5.3.3 | Les hôpitaux sans tabac | 28 |
| 5.3.4 | Le Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions | 28 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 6 | ÉTAT DES LIEUX DES ACTIVITÉS EN PRÉVENTION DES OFFREURS DE SOINS.. | 29 |
| 6.1 | Thématiques et types d'intervention | 29 |
| 6.1.1 | <i>La base de données OSCARS.....</i> | 29 |
| 6.1.2 | <i>Activités hors les murs : l'exemple de la Nouvelle-Aquitaine</i> | 32 |
| 6.2 | Exemples de dispositifs expérimentaux de prévention | 33 |
| 6.2.1 | <i>DES FONCTIONS SPÉCIFIQUEMENT CRÉÉES POUR COORDONNER LA PPS SUR UN OU PLUSIEURS THÈMES.....</i> | 33 |
| 6.2.2 | <i>Le protocole ASALÉE : Action de SAnté Libérale En Équipe</i> | 35 |
| 6.2.3 | <i>UN RENFORCEMENT OU UNE RÉORGANISATION DES DISPOSITIFS EXISTANTS.....</i> | 36 |
| 6.2.4 | <i>UNE DYNAMIQUE TERRITORIALE AUTOUR D'UN THÈME</i> | 37 |
| 7 | CONSTATS..... | 37 |
| 7.1 | Sur les activités de prévention | 38 |
| 7.2 | Sur le financement | 39 |
| 7.3 | Sur l'organisation de la prévention faite par les offreurs de soins | 42 |
| 7.3.1 | <i>Les territoires de la prévention.....</i> | 42 |
| 7.3.2 | <i>La coordination des actions de prévention.....</i> | 43 |
| 7.4 | Sur les ressources humaines et la formation | 43 |
| 7.6 | Sur le système d'information | 45 |
| 7.7 | Sur la recherche et l'évaluation..... | 46 |
| 7.8 | Sur la question des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) dans l'activité de prévention des offreurs de soin | 47 |
| 8 | PRINCIPES ET RECOMMANDATIONS..... | 47 |
| 8.1 | Les objectifs à atteindre/le dispositif cible..... | 48 |
| 8.1.1 | <i>Les évolutions nécessaires du système de santé</i> | 48 |
| 8.1.2 | <i>Approche individuelle ou approche populationnelle</i> | 49 |
| 8.1.3 | <i>L'émergence de la responsabilité populationnelle des structures de soins.....</i> | 49 |
| 8.2 | Les principes | 50 |
| 8.2.1 | <i>Sur le périmètre d'action</i> | 50 |
| 8.2.2 | <i>Sur l'organisation de l'action.....</i> | 50 |
| 8.2.3 | <i>Sur le rôle des ARS</i> | 51 |
| 8.2.4 | <i>Sur les métiers de la prévention</i> | 51 |
| 8.2.5 | <i>Sur le système d'information.....</i> | 51 |
| 9 | LES RECOMMANDATIONS | 52 |
| | Recommandation 1 – Impliquer les acteurs de l'offre de soins autour de 8 missions essentielles de prévention et promotion de la santé. | 52 |
| | <i>Mesure 1.1 – L'ARS confie aux offreurs de soins la réalisation de 8 missions essentielles de prévention.</i> | 52 |
| | <i>Mesure 1.2 - Les offreurs de soins contribuent à ces 8 missions. Elles sont inscrites dans les projets d'établissements, les projets de santé des équipes de soins primaires, des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), des centres de santé et dans les projets médicaux partagés (PMP) définis au sein des GHT.</i> | 57 |
| | <i>Mesure 1.3 – L'ARS finance les structures de soins, dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), et conditionne ce financement à la mise en œuvre de ces 8 missions.</i> | 57 |

| | |
|---|----|
| <i>Mesure 1.4 - Ces missions sont prises en compte dans la certification des établissements de santé.</i> | 57 |
| Recommandation 2 – Identifier et reconnaître les acteurs et structures impliqués dans la prévention et la promotion de la santé sur les territoires..... | 57 |
| <i>Mesure 2.1 - Les ARS recensent les acteurs et les structures impliqués dans la promotion de la santé et la prévention sur les territoires.</i> | 58 |
| <i>Mesure 2.2 – Définir les métiers intervenant dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé.....</i> | 58 |
| <i>Mesure 2.3 – Développer, dès la formation initiale des professionnels de santé, grâce notamment au service sanitaire, une formation pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle, de la promotion de la santé et de la prévention.....</i> | 58 |
| Recommandation 3 – Développer et soutenir une recherche en prévention et promotion de la santé. | 58 |
| <i>Mesure 3.1 –Créer au moins un poste ayant une valence universitaire et extrahospitalière dédié à la prévention et à la promotion de la santé dans chaque pôle hospitalo-universitaire. Ce poste associe l’université et des établissements/institutions de santé publique (ARS, agences, associations, collectivités).....</i> | 58 |
| <i>Mesure 3.2 – Réviser le statut hospitalo-universitaire induit par l’ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 introduisant la possibilité d’une valence santé publique en complément de la valence UH.....</i> | 59 |
| <i>Mesure 3.3 – Inciter des non médecins à accéder à des postes hospitalo-universitaires (cf. supra) pour développer l’interdisciplinarité (à dispositif juridique constant).....</i> | 59 |
| <i>Mesure 3.4 - Développer l’enseignement de la recherche interventionnelle en prévention et promotion de la santé dans les cursus de formation des professionnels de santé.</i> | 59 |
| <i>Mesure 3.5 - Mettre en œuvre les CeRRESP (centres régionaux de recherche et d’expertise en santé publique) en appui des ARS, collectivités territoriales et autres acteurs.</i> | 59 |
| <i>Mesure 3.6 - Attribuer des financements pérennes ou pluriannuels suffisants pour le développement d’une recherche de qualité en santé publique.....</i> | 59 |
| Recommandation 4 - Structurer, en région, l’organisation territoriale des missions de prévention et promotion de la santé des offreurs de soins..... | 59 |
| <i>Mesure 4.1 - Définir clairement les différents niveaux territoriaux de décision, d’organisation et d’action à mettre en place.....</i> | 59 |
| <i>Mesure 4.2 - Définir, dans chaque région et sur chaque territoire, une politique de promotion de la santé par le biais du programme régional de santé (PRS).</i> | 60 |
| <i>Mesure 4.3 – Définir, à partir des différents niveaux territoriaux, une organisation cohérente de la prévention.</i> | 60 |
| <i>Mesure 4.4 – créer une instance de coordination dédiée à la prévention permettant une coordination stratégique de la politique de prévention dans et hors milieu de soins.....</i> | 60 |
| <i>Mesure 4.5 – Intégrer systématiquement les offreurs de soins dans les contrats locaux de santé (CLS) ou les projets territoriaux de santé conduite par les conseils territoriaux de santé (CTS).</i> | 60 |
| <i>Mesure 4.6 – Créer au sein des hôpitaux et/ou des GHT, une structure (service, pôle, etc.) de prévention en charge de l’application des 8 missions de prévention dans le cadre du projet d’établissement, animé par un praticien de santé publique.</i> | 61 |
| <i>Mesure 4.7 – Mettre en place à l’échelle territoriale locale, des référents de prévention (ou animateurs de prévention).</i> | 61 |

| | |
|--|-----------|
| <i>Mesure 4.8 – Élargir les missions d’appui en prévention et promotion de la santé des dispositifs régionaux de soutien aux politiques et aux interventions en prévention et promotion de la santé.</i> | 61 |
| Recommandation 5. Doter les offreurs de soins de référentiels nationaux de pratiques en prévention et promotion de la santé. | 61 |
| <i>Mesure 5.1 – Élaborer un référentiel de pratiques cliniques préventives.</i> | 62 |
| <i>Mesure 5.2. Élaborer un référentiel d’indicateurs permettant le suivi des facteurs de risques et des interventions de prévention.</i> | 62 |
| <i>Mesure 5.3 – Élaborer un référentiel de données de prévention devant figurer dans le DMP.</i> | 62 |
| Recommandation 6 - Faire évoluer le système d’information pour faciliter la mise en œuvre d’actions de prévention par les offreurs de soins | 62 |
| <i>Mesure 6.1–Faire évoluer le DMP vers un système intégré comprenant les données de prévention individuelle et les données produites par les services de soins à orientation préventive.</i> | 62 |
| <i>Mesure 6.2 - Mettre en place dans chaque région une base interrogeable multi-sources contenant des informations relatives à la prévention.</i> | 63 |
| <i>Mesure 6.3- Définir un tableau de bord régional permettant de déterminer les besoins de la population et de suivre les politiques de prévention.</i> | 63 |
| Recommandation 7 – Mettre en place à moyen terme, au sein des territoires, des pôles d’animation et de coordination territoriaux en santé (PACTeS). | 63 |
| Tableau récapitulatif | 64 |
| 10 CONCLUSION | 67 |
| Références | 70 |

La prévention a été identifiée à plusieurs reprises comme une priorité de la politique de santé en France: la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, la stratégie nationale de santé de 2017, le plan national de santé publique en 2018 ont insisté sur l'importance de la prévention et proposé des objectifs ambitieux dans ce domaine.

Toutefois, la mise en œuvre passe par une mobilisation de l'ensemble des acteurs du système de santé. En effet, étant donné l'importance du secteur des soins tant en nombre de structures ou d'acteurs que budget, la mobilisation des « offreurs de soins » est un enjeu majeur de cette évolution vers une prévention plus efficace et intervenant à tous les âges de la vie.

Le Haut Conseil de la Santé Publique a reçu, le 30 juin 2017, une saisine conjointe de la Direction générale de la Santé (DGS) et de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) portant sur la place de la prévention au sein des établissements de santé, dont les groupements hospitaliers de territoire, les maisons de santé et les centres de santé. La question prospective de la place spécifique que pourraient tenir les communautés professionnelles et territoriales de santé prévues par l'article 65 de la loi de modernisation de notre Système de Santé était aussi soulevée.

Le HCSP a mené de nombreuses auditions (dont celles de trois Agences régionales de santé : Normandie, Océan indien et Pays de la Loire), réalisé plusieurs enquêtes en ligne, un état des lieux des acteurs, des actions, de l'organisation territoriale et des formations. L'étude menée spécifiquement en Nouvelle Aquitaine a été intégrée au rapport final. Ainsi, ce rapport présente dans une première partie, un état des lieux détaillé du rôle que jouent les offreurs de soins dans la prévention. Ce bilan, difficile à établir faute de base de données exhaustive, montre que l'activité de prévention et de promotion de la santé assurée par les offreurs de soins, est très hétérogène, dispersée et personne dépendante. Elle souffre d'un manque de reconnaissance, d'organisation et de soutien statutaire et financier.

Toutefois, le HCSP a identifié quelques initiatives notables qui mériteraient un déploiement national et qui laissent penser que le secteur des soins pourrait s'investir dans le champ de la prévention et la promotion de la santé.

Prenant en compte le contexte sanitaire analysé dans les travaux préparatoires à la Stratégie Nationale de Santé² comme la surmortalité prématurée, la prévalence des maladies chroniques, le vieillissement de la population, la meilleure connaissance des déterminants de la santé et des facteurs de risques mais également conscient de la limite des disponibilités des ressources humaines et financières, le HCSP a émis des principes et des recommandations en faveur d'une démarche de prévention populationnelle pouvant rassembler santé publique et médecine clinique.

L'objectif de ce rapport est de proposer des pistes d'évolution pour structurer les pratiques préventives, améliorer leur qualité et leur pertinence, en articulation avec le secteur non soignant.

1 INTRODUCTION

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS) renforce dans son titre 1^{er} la prévention et la promotion de la santé, vise à faire de la prévention le socle de notre système de santé et établit donc de ce fait un certain nombre de missions pour les offreurs de soins. La ministre chargée de la santé, dans son discours du 30 août 2017 dans le cadre du lancement de la Stratégie nationale de santé (SNS), souligne que « l'implication des professionnels de santé dans la prévention sera renforcée dans le cadre d'accords conventionnels ».

La SNS 2018-2022¹ a confirmé la promotion de la santé et la prévention comme premier axe de cette stratégie. Le Premier ministre et la ministre en charge de la santé ont engagé une politique volontariste de prévention, avec notamment la publication en mars 2018 du Plan national de santé publique (PNSP) déclinant en mesures dont 25 mesures phares cette priorité de la SNS.

Parallèlement, le gouvernement a initié plusieurs chantiers pouvant avoir un impact sur la politique de prévention. Après un plan d'accès aux soins lancé en février 2018, 5 chantiers doivent identifier des pistes de changement pour une meilleure adaptation du système de soins aux enjeux sanitaires. Ces chantiers concernent la pertinence et la qualité des soins, les modes de rémunérations, de financements et de régulation, le virage numérique, la formation et les ressources humaines et l'organisation territoriale des soins.

C'est dans ce contexte d'une réflexion très importante sur les évolutions du système de santé, que le HCSP a rédigé ce rapport relatif à la place des offreurs de soins dans la prévention, en réponse à une saisine conjointe de la Direction générale de la santé (DGS) et de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) en date du 30 juin 2017. La réponse à cette saisine s'inscrit dans la continuité des travaux que le HCSP a réalisés pour préparer la SNS et dans lesquels il a préconisé que l'approche par déterminants et le développement d'une prévention tout au long de la vie soient les stratégies d'actions prioritaires d'une politique de santé².

Il faut remarquer enfin que cette saisine a pris en compte des travaux interrogeant la place de la prévention dans le système de soins et que d'autres travaux sur ce thème sont en cours qu'il s'agisse de ceux de la Conférence nationale de santé (CNS)³ ou du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie.

1.1 Le périmètre de la saisine

¹ Décret n°2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022

² <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=626>

³ <http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/conference-nationale-de-sante/avis-et-recommandations/mandature-2015-2019-les-avis-voeux-adoptes/article/renforcer-et-mobiliser-les-acteurs-de-la-prevention-et-de-la-promotion-de-la>

Les principes concernent le périmètre et l'organisation de l'action, le rôle des ARS, les métiers de la prévention et le système d'information.

Le HCSP recommande l'intégration aux soins de 8 missions portant sur les pratiques cliniques préventives, la responsabilité populationnelle et l'expertise.

Il précise les acteurs concernés, le calendrier de mise en œuvre, le référentiel spécifique et la structure qui pourrait en porter la charge de chaque recommandation.

Le HCSP a travaillé en étroite partenariat avec la DGS et le DGOS mais également avec la Conférence nationale de santé (CNS) et le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie qui ont également mené une réflexion sur la place de la prévention dans le système de soins au cours de cette dernière année. Un colloque commun rendra compte de l'ensemble de ces travaux en Octobre 2018.

L'évolution de l'état de santé de la population et par conséquent la soutenabilité de notre système de santé à court terme repose sur la capacité du système de soins et notamment des offreurs de soins à exercice collectif à mettre en œuvre ces 8 missions et à assumer une responsabilité populationnelle. Pour le faire, ils doivent être accompagnés, aidés techniquement et incités financièrement. L'évaluation de la stratégie nationale de santé à travers les indicateurs de santé du tableau de bord devrait permettre rapidement d'en mesurer les effets.

Zeina Mansour
Vice-Présidente du HCSP

Franck Chauvin
Président du HCSP

Cette saisine concerne les offreurs de soins. Pour des raisons de cohérence, ce périmètre a été recentré sur les offreurs de soins en exercice regroupé (établissements de santé, maisons et pôles de santé).

Il ne s'agit en aucun cas de nier le rôle des autres offreurs de soins dans la prévention et une part importante des recommandations de ce rapport peut s'y appliquer. Cependant, il a semblé au HCSP que l'implication des professionnels de santé en exercice isolé dans des actions de prévention devait faire l'objet d'une étude particulière prenant en compte les conditions spécifiques de cet exercice.

1.2 Le champ de la prévention couvert par la saisine

La prévention et la promotion de la santé sont des notions transversales, qui prennent en compte l'individu dans son ensemble, et au-delà puisqu'elles concernent également ses interactions avec son environnement physique et social.

Les professionnels, tant libéraux qu'hospitaliers et salariés, effectuent quotidiennement des actes de prévention (ex : surveillance de l'hypertension artérielle (HTA), prise en charge des dyslipidémies, etc.). Ainsi la prévention est une action très fréquente, qui occupe en moyenne un quart de l'activité des médecins généralistes⁴, et son financement représente une part non négligeable des dépenses de santé estimée à 15 milliards €⁵.

Pour prendre en compte la dimension globale de la prévention, même si chaque profession de santé a ses spécificités, sur un sujet précis, et doit assurer la prévention dans ses domaines de compétence, la prévention nécessite des interactions entre professionnels de santé.

Les constats et les recommandations de ce rapport, s'ils sont prioritairement centrés sur l'offre de soins en exercice regroupé, doivent pouvoir être généralisés aux professionnels d'exercice individuel.

Enfin, le HCSP a souhaité coordonner ses travaux avec ceux du HCAAM sur le financement de la prévention avec une démarche basée sur l'exemple de l'obésité et de la CNS sur les acteurs de la prévention autres que les offreurs de soin.

1.3 Les travaux antérieurs du HCSP

Le HCSP dans son rapport du 3 mars 2017 relatif à « Groupements hospitaliers de territoire et santé publique »⁶ met en évidence le fait que la santé publique, au sens de la santé des populations et de la prise en compte de ses besoins, est peu présente dans les textes ou les réflexions en cours, invitant les pouvoirs publics à leur fixer des objectifs de santé publique dans chaque territoire. Le HCSP a ainsi recommandé :

- Recommandation 8 : Introduire dans chaque projet médical partagé un volet promotion de la santé et un volet prévention, prenant en compte les inégalités sociales de santé.

⁴ Alla F. La prévention dans les soins. Actualité Et Dossier En Santé Publique 2013 ;83 : 62-3.

⁵ DREES 2016

⁶ HCSP : « Groupement hospitaliers de territoire et santé publique » disponible sur <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=611>, consulté le 28 mai 2018

- Recommandation 10 : Permettre des transferts de moyens de l'enveloppe financière consacrée au soin vers celle consacrée à la prévention et à la promotion de la santé (fongibilité asymétrique).
- Recommandation 12 : Évaluer les impacts des approches territorialisées des parcours de santé sur la santé de la population, notamment en termes d'inégalités sociales et territoriales.
- Recommandation 13 : Promouvoir, par des appels à projets (AAP) spécifiques, des programmes de recherche interventionnelle ciblant les nouveaux modes de prise en charge ainsi que les innovations organisationnelles au sein des GHT.

Ces recommandations positionnent les acteurs du soin comme des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, en articulation avec les autres acteurs du domaine (notamment les associations et les collectivités territoriales).

D'autres contributions concernant le rôle des différentes structures ont été fournies par des membres du HCSP auparavant, notamment dans le numéro 83 de la revue ADSP⁷.

Ce rapport s'inscrit dans les suites de la SNS, et a pour objet de porter ses ambitions en matière de prévention pour ce qui concerne les offreurs de soins.

2 DÉFINITION de la PRÉVENTION et de la PROMOTION DE LA SANTÉ

La santé a été définie en 1946 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité » et la déclaration d'Alma Ata [1] a institué le principe du droit à la santé pour tous, et la prévention et la promotion de la santé comme partie intégrante des soins de santé primaires. Si la prévention et la promotion de la santé sont souvent associées dans la littérature, la délimitation de ces concepts varie considérablement selon la focale utilisée⁸. Dans le cadre de ce rapport et pour poser le cadre conceptuel dans lequel s'inscrivent les travaux et recommandations qui suivent, le HCSP adopte la synthèse suivante.

2.1 La prévention

La prévention a été définie par l'OMS en 1948 comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». Cette définition générale englobe plusieurs conceptions selon que l'on considère :

- L'exposition au facteur de risque ou du développement des symptômes [2] : La prévention primaire vise à diminuer l'incidence d'une maladie/ d'une infirmité, la prévention secondaire

⁷ <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=133>

⁸ <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=133>

à diminuer la prévalence d'une maladie, la prévention tertiaire à diminuer la prévalence des incapacités chroniques, des récives, des complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie, la quaternaire à protéger les patients d'actes inutiles dans le cadre notamment des soins palliatifs.

- Les populations ciblées [3] : la prévention universelle destinée à l'ensemble de la population quel que soit son état de santé, la sélective lorsqu'elle s'adresse à des sous-groupes de population spécifiques et la ciblée lorsqu'elle n'est recommandée que pour des « personnes qui, à l'examen, présentent un facteur de risque, une condition ou une anomalie qui les identifie, individuellement, comme présentant un risque suffisamment élevé pour nécessiter l'intervention préventive ».
- La fonction remplie par l'action préventive [4] : la prévention environnementale (sur les composantes sociales, économiques, physiques des environnements), développementale (sur les compétences) et informationnelle (sur les connaissances).
- La combinaison de la cible populationnelle et du continuum risque-pathologie [5] : la prévention primaire porte sur l'ensemble d'une population sans lien avec un statut d'exposition au risque, la prévention secondaire portant sur un sous-groupe exposé au risque (ex. Moi(s) sans tabac) sans prendre en compte les symptômes ou une pathologie, la prévention tertiaire dans un cadre clinique (action sur les facteurs de risques en lien avec une récive ou d'autres pathologies).

Au vu de ces perspectives variées de ce que représente la prévention, le HCSP propose de décliner la prévention selon le mode primaire-secondaire-tertiaire et quaternaire :

- La prévention primaire vise à diminuer l'incidence d'une maladie/d'une infirmité dans une population (ex. population d'un quartier, d'une ville, d'une école ou encore population des jeunes de CM2) en diminuant l'exposition aux facteurs de risque en amont de ceux-ci (ex. une augmentation de la taxe sur les cigarettes pour décourager l'initiation chez les jeunes). Elle est à visée universelle et porte donc sur **tous les membres d'une population prédéfinie** (ex. tous les habitants d'une région, toutes les femmes en âge de procréer) et ceci **sans égard aux différences d'exposition** qu'on peut observer au sein de celle-ci.
- La prévention secondaire vise à diminuer la prévalence d'une maladie en agissant sur les **sous-groupes populationnels tout particulièrement exposés** à un facteur de risque (ex. le dépistage de l'hypertension artérielle chez les personnes en surpoids) ou à une pathologie. La prévention secondaire implique donc en amont d'identifier les individus (groupes) porteurs ou exposés au facteur de risque ou interrompre un processus morbide avant l'apparition des symptômes pour prévenir de futures complications et séquelles, limiter les incapacités et éviter le décès (ex. dépistage du cancer du sein).
- La prévention tertiaire a pour objectif de diminuer la prévalence des incapacités chroniques, des récives, des complications, invalidités ou rechutes **consécutives à la maladie/l'infirmité** (ex. programme de promotion de l'activité physique chez les patients qui ont eu un cancer, éducation thérapeutique). Elle accompagne/complète la démarche thérapeutique.
- La prévention quaternaire vise à **protéger les patients d'actes inutiles et de la surmédicalisation.**

2.2 La promotion de la santé

En s'appuyant sur une définition qui évoque les chartes d'Ottawa [6] et de Bangkok [7] : « la promotion de la santé est le processus qui permet aux populations d'améliorer la maîtrise de leur santé et de ses déterminants et, par conséquent, de l'améliorer ». C'est un processus politique et social qui combine des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus, à changer leur situation sociale, environnementale et économique, en agissant notamment sur les déterminants sociaux de la santé : conditions d'emploi, logement, cohésion sociale, aménagement territorial, environnements et cadre de vie, etc. À la différence de la prévention, la promotion de la santé n'implique pas une action sur un facteur de risque.

L'action porte plutôt sur les déterminants en lien avec les conditions quotidiennes d'existence. Par exemple, un programme pour améliorer l'accès d'une population à une alimentation saine et de bonne qualité nutritionnelle ou pour développer les compétences psychosociales des jeunes enfants relève de la promotion de la santé puisqu'il n'est pas ici question d'un facteur de risque ou d'une pathologie précise.

La prévention et la promotion de la santé se distinguent dans leur finalité - la santé *versus* la prévention des maladies -, les populations - globalité *versus* segmentation. Pour autant, les stratégies qui déclinent ces deux concepts peuvent se recouper car la prévention contribue à la promotion de la santé et mobilise des stratégies communes (éducation pour la santé, développement du pouvoir d'agir) à des fins plus individuelles.

2.3 La prévention dans le système de soins

La prévention dans le système de soins recoupe la prévention médicalisée ou les pratiques cliniques préventives (PCP). Si la prévention médicalisée est centrée sur le médecin, les PCP [8] mobilisent d'autres professionnels se coordonnant autour de la santé du patient.

Les PCP comprennent toute interaction individuelle entre un soignant et un individu visant à favoriser la santé et prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux. Elles se situent dans la promotion de la santé, par la participation des praticiens à des actions de prévention plus globale en lien avec les autres acteurs hors du système de santé, et dans la prévention au travers des activités visant à :

- A. Éviter la survenue d'une maladie ou d'un état de santé indésirable : mesures environnementales ou portant sur le comportement individuel proposées sur des populations bien portantes après contact avec le système de soins. Elles peuvent être réalisées hors du système de soin (ex. déclaration d'intoxication au plomb générant une enquête environnementale pour le saturnisme) ou dans le système de soins (ex. vaccination).
- B. Dépister les maladies : les actes préventifs individuels types dépistages, examens biologiques, visites médicale (suivi, contrôle de routine de l'état de santé, etc.).
- C. Prendre en charge les facteurs de risque et les formes précoces des maladies chez les personnes présentant des facteurs de risque ou des signes avant-coureurs de maladie : actions de prise en charge des facteurs de risque (ex. HTA), le suivi du diabète de type 2, le sevrage tabagique (suivi et médicaments), la prise en charge de l'obésité (suivi et médicaments), la prise en charge de la dépendance alcoolique (sans hospitalisations ou des

cures de désintoxication), la prise en charge des formes précoces de maladies (dyslexie, surveillance des carcinomes, etc.).

Les activités A et B relèveraient de la prévention primaire et secondaire. L'activité C recouvrirait la prévention primaire (facteurs de risque et addiction) et tertiaire. Des guides et référentiels de PCP existent dans d'autres pays que la France [8] [9].

De ces définitions, le HCSP souligne que les concepts de promotion de la santé et de prévention ne s'opposent pas. Si la prévention est davantage centrée sur les facteurs de risques ou de pathologie, le système de soins est néanmoins clairement intégré dans les axes stratégiques de la promotion de la santé à plusieurs niveaux détaillés dans ce rapport.

Les activités de prévention des offreurs de soins se situent conceptuellement dans les trois niveaux de prévention de l'OMS (primaire, secondaire, tertiaire).

Dans la pratique, elles se rapprochent de la définition des PCP ou des soins de santé préventifs.

Cependant, comme vu précédemment, les offreurs de soins contribuent à la promotion de la santé et cette responsabilité populationnelle doit être renforcée.

3 MÉTHODOLOGIE

3.1 Saisine du 30 juin 2017

Le HCSP a été saisi par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et par la Direction générale de la santé (DGS) pour mener des travaux sur la place des offreurs de soins dans la prévention.

L'objectif est d'identifier les leviers et les obstacles à la mise en place d'actions de prévention par les offreurs de soins (établissements de santé, centres de santé, maisons et pôles de santé, ...), ainsi que leur place et le périmètre de leurs interventions, ce qui s'inscrit dans la déclinaison de l'objectif de prévention et de promotion de la santé figurant dans la SNS.

Le périmètre de la saisine concerne potentiellement tous les acteurs de santé, « offreurs de soins » à exercice collectif (établissements de santé, GHT, centres de santé, maisons de santé pluridisciplinaires - MSP, etc.), mais aussi les actions de partenaires extérieurs (par exemple la PMI, la médecine du travail) et également la coordination qui peut s'opérer entre les professionnels.

Pour les commanditaires, le travail devait s'inscrire dans la suite de l'autosaisine du HCSP sur « Groupements hospitaliers de territoire et santé publique⁹ », en particulier en matière de prévention et de promotion de la santé, en l'approfondissant et en l'élargissant notamment aux maisons de santé et aux centres de santé.

⁹ <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=610>

3.2 Groupe de travail « Offreurs de soins et prévention »

Pour répondre à cette saisine, un groupe de travail (GT) *ad hoc* a été constitué¹⁰, composé d'experts membres ou non du HCSP sous la présidence conjointe de Franck Chauvin et de Zeina Mansour, respectivement président et vice-présidente du HCSP. En termes d'organisation pratique, tous les documents (compte-rendu du groupe de travail, compte-rendu d'auditions, documents complémentaires, contributions écrites...) ont été mis à disposition des membres du groupe sur le site interactif sécurisé d'échanges du HCSP : HCSPi.fr.

Le HCSP s'est adjoint l'appui d'une prestation de conseils par le cabinet Cekoïa Conseil mandaté à l'issue d'une procédure de sélection par appel d'offres de marchés publics, selon la procédure simplifiée, qui a réalisé une première bibliographie et a effectué à partir des préconisations du HCSP une enquête auprès des Unions régionales des professionnels de santé (URPS).

3.3 Travaux du groupe de travail

Le groupe de travail (GT) a organisé des temps d'auditions par groupe en ateliers le 26 octobre 2017 et le 8 novembre 2017, qui se sont déclinés autour des 5 thèmes suivants : « santé publique », « établissements de soins », « parcours de santé », « formation », « usagers ». Un sixième thème a été ajouté, celui des activités repérées et à valoriser. Divers offreurs de soins ont été sollicités et regroupés pour participer à ces ateliers, l'objectif étant de disposer d'un temps d'échanges commun avec le groupe.

En plus de ces auditions par ateliers, d'autres structures ont été sollicitées. Par ailleurs, les travaux du GT se sont également organisés autour de la prise en compte de contributions écrites. La liste des structures auditionnées est présentée en annexe.

3.4 Prise en compte de l'échelon régional

La saisine du 30 juin 2017 propose de réaliser un bilan des actions pilotées ou soutenues par les agences régionales de santé (ARS). La saisine a été présentée à l'occasion de la réunion du séminaire des Directeurs généraux des ARS du 20 octobre 2017, et trois ARS se sont portées volontaires pour être auditionnées en visioconférence :

- L'ARS Normandie,
- L'ARS Océan Indien,
- L'ARS Pays de la Loire.

Ces auditions ont été complétées par les contributions écrites de la Conférence régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) de Normandie et de la CRSA des Pays de la Loire.

3.5 Analyse des actions réalisées chez les offreurs de soins

¹⁰ Voir composition en annexe

Une analyse des actions réalisées par les offreurs de soins a été faite en utilisant l’outil Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé (OSCARS).

La recherche concernant les actions de santé publique a été effectuée pour les régions pour lesquelles la saisie des actions 2016 est terminée : Bretagne, Grand-Est, Martinique, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur¹¹.

La recherche concernant la participation au Moi(s) sans tabac a été effectuée pour toutes les régions¹².

3.6 Enquête vers les Unions régionales des professionnels de santé (URPS)

Cette enquête a été effectuée du 26 janvier au 16 février 2018¹³ auprès des 10 professions de santé suivantes (biologistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, médecins, orthophonistes, orthoptistes, pharmaciens, sages-femmes, podologues) dans les 17 régions administratives. Elle a permis d’aborder le volet des professionnels de santé libéraux. Le remplissage s’est fait en ligne, et l’enquête a été adressée à toutes les URPS pour lesquelles il a été possible de disposer d’une adresse mail (aucun fichier national complet n’a été retrouvé, et les sites internet des URPS ne proposent souvent ni mail ni numéro de téléphone, mais seulement une fiche de contact en ligne, non adaptée à l’envoi d’un questionnaire). Ce questionnaire, à visée informative, s’est inscrit dans la suite des auditions pour permettre une remontée des informations et une consultation large des acteurs. Il met notamment en évidence des points centraux à l’organisation de la prévention et promotion de la santé que sont le financement, la coordination, et la reconnaissance et le lien avec la recherche et les autres acteurs.

4 ÉTAT DES LIEUX DES ACTEURS

Les structures, les établissements et les professionnels du soin s’organisent sous l’autorité de l’ARS. Le secteur des soins de 1^{er} recours ou de proximité, centré autour des médecins généralistes représente la porte d’entrée dans le système de soins et assure si nécessaire l’orientation des patients vers les soins de 2^{ème} recours dispensés par les médecins spécialistes, voire de 3^{ème} recours en établissements de santé ou en structure adaptée, y compris médico-sociales. Cette organisation est conditionnée par une coordination des soins entre tous les acteurs et un renforcement de la permanence des soins de ville et hospitaliers.

4.1 Les offreurs de soins

¹¹ Voir résultats en annexe

¹² Voir résultats en annexe

¹³ Voir résultats en annexe

4.1.1 Établissements de santé et GHT

Les établissements hospitaliers sont répartis en 3 grandes catégories : les hôpitaux publics, les cliniques privées à but lucratif et les établissements de soins privés d'intérêt collectif ou ESPIC (ex. hôpitaux privés, centres de lutte contre le cancer ou de dialyse). Les établissements hospitaliers délivrent des soins généraux (médecine, chirurgie, obstétrique : MCO) et/ou plus spécialisés (psychiatrie et santé mentale, par exemple). Ils concourent aussi à la médecine d'urgence avec, répartis sur tout le territoire, des services d'urgence, des services d'aide médicale urgente (SAMU) pour la régulation et des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) pour les interventions. Parmi les missions spécifiquement dévolues aux hôpitaux publics, figurent aussi l'enseignement et la formation professionnelle ainsi que la recherche scientifique et médicale (CHU). Dans le secteur public coexistent trois types d'établissements : des centres hospitaliers régionaux (CHR) (soins les plus spécialisés à la population de la région, voire d'autres régions, ainsi que les soins courants à la population la plus proche) ; des centres hospitaliers (y compris ex-hôpitaux locaux) prenant en charge la plupart des courts séjours en MCO et centres de soins dentaires, ainsi que les soins destinés aux personnes âgées ; les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHS). Parmi les structures hospitalières privées, on distingue deux types d'établissements : les cliniques privées à but lucratif et les ESPIC (centres de lutte contre le cancer (CLCC) et établissements privés à but non lucratif).

Les établissements de santé, publics et privés, doivent assurer non seulement les examens de diagnostic et le traitement des malades, blessés, femmes enceintes mais également leur surveillance, en tenant compte des aspects psychologiques du patient. Ils ont pour objet de dispenser :

- avec ou sans hébergement : des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie, des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus dans un but de réinsertion (cure médicale, convalescence, réadaptation, post cure ...),
- hébergement, des soins de longue durée à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie, dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien (ce qui les différencie des établissements du secteur social et médico-social).

L'activité hospitalière prend alors diverses formes : consultations et soins externes, passages aux « urgences », soins ambulatoires, traitements médicaux et interventions chirurgicales ne durant qu'une journée (hospitalisation partielle et anesthésie ou chirurgie ambulatoire), ou hospitalisation de plusieurs jours (hospitalisation complète) qui correspond à la forme la plus usuelle.

4.1.2 Exercice libéral regroupé

Les structures de ville – dites aussi ambulatoires – concernent des professionnels libéraux et/ou salariés exerçant à titre individuel (en cabinet), en groupe ou de manière coordonnée en maisons ou centres de santé : médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, etc. Le 1^{er} recours assure le premier diagnostic ou la première prise en charge et la dispensation régulière d'actes de soins et de prévention identifiés et prescrits et des soins pour des maladies épisodiques courantes.

Dans le secteur ambulatoire, ont été créées des structures d'exercice collectif. Ces structures sont des formes d'organisation adaptées aux attentes des professionnels libéraux ou salariés, afin de faciliter la réponse aux besoins des patients. On distingue :

- Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) : ce sont des structures pluri-professionnelles dotées d'une personnalité morale et constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Les professionnels de santé exerçant en leur sein (essentiellement des professionnels libéraux) doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné. Elles concluent avec l'ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).
- Les centres de santé : ils sont soit mono-professionnels, soit pluri-professionnels. Les professionnels de santé y sont salariés et les centres de santé sont tenus de pratiquer le tiers payant. Comme les MSP, ils élaborent un projet de santé attestant de leur exercice coordonné transmis à l'ARS et concluent un CPOM.
- Les équipes de soins primaires (ESP) sont constituées autour de médecins généralistes de premier recours. Elles contribuent à la structuration du parcours de santé des patients en coordination avec les acteurs du premier recours, dans une optique de prise en charge des besoins de soins non programmés et de coordination des soins. Ces équipes permettent de contribuer fortement à structurer le parcours de santé notamment pour les patients atteints de maladies chroniques, les personnes en situation de précarité sociale et les personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie. Le médecin traitant est au cœur du dispositif. Il s'agit de soutenir l'exercice coordonné des professionnels en favorisant les évolutions de pratiques et d'organisations afin de garantir une réponse coordonnée aux besoins des patients (Article 64 de la LMSS).

4.1.3 Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Un EHPAD (également connu sous la dénomination maison de retraite) est un établissement dédié à l'accueil des personnes âgées de plus de 60 ans en situation de perte d'autonomie physique et/ou psychique et qui ne peuvent plus être maintenues à domicile. C'est une structure médicalisée qui accueille en chambre individuelle ou collective et qui offre, en plus de l'aide aux gestes de la vie quotidienne (lever, toilette, repas, coucher...) et des soins médicaux personnalisés, les services tels que la restauration, la blanchisserie, les animations... Il peut être public, privé à but lucratif ou privé associatif, spécialisé (maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, etc.) ou non. Les soins sont assurés par un personnel soignant qualifié sous la direction d'un médecin coordonnateur.

Pour être reconnu comme EHPAD, l'établissement médicalisé doit avoir conclu avec le Conseil départemental et l'ARS une convention qui l'engage à respecter un cahier des charges visant à assurer l'accueil des personnes dépendantes dans les meilleures conditions et qui fixe les objectifs de qualité de la prise en charge des résidents et ses moyens financiers de fonctionnement. La convention tripartite comprend trois tarifications des services auxquelles correspondent des aides financières spécifiques.

4.2 Les acteurs de la prévention

4.2.1 Offreurs de soins préventifs : centres de protection maternelle et infantile (PMI), santé scolaire, centres de vaccination

Certains services de soins ont une activité majoritairement tournée vers la prévention. C'est le cas de grands services collectifs comme la PMI, la santé scolaire ou les services de santé au travail. On peut y ajouter les Services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS), et quelques services hospitaliers ou non fédérant des activités de santé publique et de prévention (vaccinations, addictions, vie affective et sexuelle,...).

❖ *PMI*

Le service de PMI est un service public de prévention et de promotion de la santé de l'enfant, de la famille, des femmes et des jeunes. Il est placé sous l'autorité du président du Conseil départemental.

Ses missions comprennent :

- Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;
- Des consultations et actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de 6 ans, notamment dans les écoles maternelles ;
- Des activités d'éducation et de planification familiales ;
- Des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 6 ans requérant une attention particulière ;
- Le recueil et le traitement d'informations en épidémiologie et en santé publique ;
- L'agrément, le suivi et la formation des assistantes maternelles ;
- La participation aux actions de prévention des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités ;
- Le contrôle des établissements d'accueil de la petite enfance.

La PMI conduit des actions individuelles et collectives. Elle allie proximité, accessibilité, ancrage dans les lieux de vie, gratuité, pluridisciplinarité (médecins, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, sages-femmes, psychologues, conseillères conjugales, éducatrices de jeunes enfants, psychomotriciens...), approche globale médico-psycho-sociale. Elle travaille en réseau avec l'ensemble des acteurs de santé libéraux et hospitaliers et des acteurs sociaux (type CAF).

❖ *Promotion de la santé en faveur des élèves*

Les services de santé de l'Éducation nationale sont composés de médecins, d'infirmiers et de secrétaires. Ils font partie intégrante de l'équipe éducative et interviennent au cours de la scolarité des élèves par des actions de prévention et d'éducation à la santé à titre individuel ou collectif. Leur objectif est de veiller au bien-être, de contribuer à la réussite des enfants et de les accompagner dans la construction de leur personnalité.

Les visites médicales et de dépistages obligatoires sont prévues au cours de la 6^e année et de la 12^e année de l'enfant. Les infirmiers assurent un premier dépistage et un suivi à l'école élémentaire, prioritairement en classes CE1 et de 6^e. Les médecins effectuent aussi les examens médicaux à la demande : enfants en difficulté, atteints de pathologies, en situation de handicap, présentant des troubles du comportement ou en souffrance psychique, jeunes s'orientant dans l'enseignement professionnel, aptitude à travailler sur machines dangereuses. Ils peuvent intervenir dans les situations d'urgence.

Ils assurent des formations dans le domaine de la santé. Dans un esprit de santé communautaire, ils impulsent ou s'inscrivent dans des projets d'éducation à la santé impliquant les élèves, les équipes éducatives et des partenaires extérieurs à l'Éducation nationale, dans le cadre des Comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC). Enfin, ils participent à des actions d'observation et de recherche épidémiologique.

❖ *Organismes participant à la politique vaccinale*

Les vaccinations sont principalement réalisées par le secteur libéral. Elles sont également effectuées dans les maternités, les services de PMI pour les enfants âgés de moins de 6 ans, dans les centres de vaccination relevant directement de l'État, des Conseils départementaux ou de certaines collectivités territoriales (services communaux d'hygiène et de santé (SCHS) quand ceux-ci ont conservé la compétence et une dotation globale de décentralisation, mais aussi centres municipaux de santé.....), ainsi que dans les centres de vaccinations internationales pour les voyageurs.

L'ARS peut donc contractualiser avec différents opérateurs pour participer à la politique vaccinale :

- services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS -dont tous ne sont pas centres de santé) ;
- services des départements (PMI) ;
- centres d'exams de santé de l'assurance maladie ;
- services s'adressant à des populations autour de thématiques spécifiques : Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic – CeGiDD, Centres de lutte antituberculeuse - CLAT, Centres de planification et d'éducation familiale – CPEF, Permanences d'accès aux soins de santé – PASS,...) ;

Pour certains vaccins ou dans certaines circonstances, les vaccinations peuvent être réalisées par les services de promotion de la santé en faveur des élèves, les services de médecine du travail et par des associations.

4.2.2 Les acteurs de prévention hors milieu de soins

Les actions structurées de prévention et de promotion de la santé (PPS) hors milieu de soins sont essentiellement conduites par le tissu associatif qu'il soit généraliste, thématique (addictions, infections sexuellement transmissibles, nutrition, etc.) ou populationnel (missions locales, réseaux d'éducation populaire, etc.).

Ce paysage très diversifié varie d'une région à l'autre. Le recensement est difficile, d'autant que parmi les structures éligibles au financement de la prévention en région, beaucoup n'ont pas la prévention comme cœur de mission mais développent des projets spécifiques selon l'opportunité des appels à projets.

A titre d'exemple, sont mentionnées ci-dessous les principales associations dont la prévention est le cœur de mission et qui sont présentes dans toutes les régions de France.

❖ *La Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnes) et les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps)*

La Fnes est le principal réseau spécialiste de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé en France. Elle est dotée d'un maillage territorial grâce aux Ireps (et Comités Régionaux d'Éducation pour la Santé - CRES) répartis sur l'ensemble du territoire national (métropole et Outre-mer). Elle est membre du réseau national de santé publique coordonné par Santé publique France et engagée dans

une démarche qualité. Par ailleurs, elle accompagne, dans le cadre de sa mission de professionnalisation des acteurs du champ, les structures désireuses d'en faire autant.

Les Ireps (et CRES) sont des associations proposant une expertise et un appui pour le développement régional de la politique de PPS. Elles soutiennent et développent des initiatives locales permettant de mieux répondre aux besoins de santé des citoyens. Elles exercent plusieurs missions : formation, conseil méthodologique, évaluation, documentation et élaboration d'outils d'intervention, communication, transfert de connaissances issues de la recherche, appui à la programmation des politiques de santé publique et coordination de dispositifs ou de projets. Ces activités sont déployées au sein de différents milieux de vie : écoles, entreprises, établissements pénitentiaires, établissements de soins, établissements médicosociaux, etc., et à différents niveaux territoriaux. Les thématiques abordées sont diverses : alimentation et activité physique, consommations à risque et addictions, vie affective et sexuelle, promotion de la santé mentale, santé environnementale, maladies chroniques, ...

❖ *L'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA)*

C'est une association implantée sur l'ensemble du territoire national avec des directions régionales coordonnées par son siège national, et animée par de nombreux bénévoles et plus de 1 500 professionnels. Les acteurs bénévoles et professionnels contribuent à ce que des conduites individuelles ou collectives initiées pour la recherche de plaisir et de lien social, de bien-être et de soulagement n'aboutissent pas à des prises de risque inconsidérées et à d'inacceptables pertes de vie ou de liberté.

L'intervention de l'ANPAA s'inscrit dans un continuum allant de la prévention et de l'intervention précoce à la réduction des risques, aux soins et à l'accompagnement.

❖ *Le réseau AIDES*

AIDES intervient sur l'ensemble du territoire auprès des personnes séropositives et des populations les plus vulnérables au VIH et aux hépatites virales : les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), les personnes détenues, les usagers de drogues, les personnes trans, les femmes, les personnes migrantes, les travailleurs du sexe. Les actions se déroulent hors les murs et dans leurs locaux. AIDES dispose de 75 lieux d'accueil en France métropolitaine et Départements Français d'Amérique : Guyane, Guadeloupe, Martinique et St Martin.

❖ *Autres structures*

Parmi les autres associations ou structures intervenantes potentielles en PPS et relativement bien réparties sur le territoire national, on peut citer (*liste non exhaustive*) :

- d'autres associations thématiques comme la Fédération addiction, le Planning familial, la prévention routière...
- les organismes de protection sociale,
- les collectivités territoriales,
- les services déconcentrés des ministères (jeunesse, sport et cohésion sociale, protection judiciaire de la jeunesse...),
- les maisons des adolescents,

- les associations d'usagers : mouvements d'entraide, associations de patients, Ligue contre le cancer,...

❖ *Les dispositifs régionaux de soutien aux politiques et aux interventions en prévention et promotion de la santé*

Depuis 2017, les ARS financent des dispositifs d'appui à la prévention-promotion de la santé. Coordonnés en général par les Ireps, ils rassemblent selon les régions différents opérateurs de prévention et visent l'amélioration de la qualité des interventions, le renforcement des capacités des acteurs du domaine par la formation et l'appui méthodologique, l'appui à la mise en œuvre des orientations régionales. Ces dispositifs représentent en ce sens une interface régionale privilégiée entre les acteurs de terrain en prévention, les offreurs de soins, le milieu académique autour des questions de PPS. Ces dispositifs d'appui prennent le relais des pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé et promotion de la santé qui étaient financés par l'Inpes puis Santé publique France¹⁴.

5 ÉTAT DES LIEUX DE L'ORGANISATION TERRITORIALE

5.1 Les outils stratégiques

5.1.1 Projet régional de santé et schéma régional de santé

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a renforcé le caractère stratégique du projet régional de santé (PRS) en l'inscrivant dans une temporalité de 10 ans. L'ARS doit traduire ses orientations dans un schéma unique de santé, afin de développer une approche plus intégrée et territorialisée du système de santé, au plus près des besoins de la population. Le nouveau cadre réglementaire a ainsi défini les 3 documents constitutifs du PRS.

- Le cadre d'orientation stratégique (COS) détermine les objectifs stratégiques de l'ARS et les résultats attendus à 10 ans, en lien avec la SNS, pour améliorer l'état de santé de la population et lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé dans la région.
- Le schéma régional de santé (SRS) est établi sur la base d'une évaluation des besoins et de l'offre de santé. Il détermine des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels, déclinant les objectifs stratégiques du COS, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, promotion de la santé et accompagnement médico-social. Il a une durée de 5 ans.
- Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) est une déclinaison spécifique du SRS en vue de faciliter l'accès et l'égalité au système de santé dans sa globalité et d'améliorer la cohérence dans le parcours des personnes les plus démunies.

¹⁴ En 2016, l'InVS, l'Inpes et l'Eprus ont été réunis au sein de Santé publique France, l'agence nationale de santé publique, créée par l'ordonnance 2016-462 du 14 avril 2016 et le décret 2016-523 du 27 avril 2016

5.1.2 Les cadres contractuels ARS / offreurs de soins

❖ *Cadre contractuel entre l'ARS et les établissements de santé et médico-sociaux :*

Les CPOM conclus avec les établissements de santé ou médico-sociaux, constituent un outil de régulation de l'offre de soins. Ils s'appuient sur une vision pluri annuelle, une négociation, un suivi périodique prenant appui sur les outils du dialogue de gestion et une évaluation finale du contrat.

Les CPOM listent les autorisations dont dispose l'établissement, les activités spécifiques et missions de service public qui lui sont reconnues, ainsi que les financements octroyés.

Les enjeux des CPOM sont notamment la mise en œuvre opérationnelle, à l'échelle des établissements, des orientations stratégiques régionales (dont celles du PRS), la validation des orientations et des projets stratégiques des établissements, la reconnaissance des missions de service public et activités spécifiques hors autorisations, le support des financements octroyés. Il comprend également l'ensemble des autres contrats et accords en cours avec l'agence (contrats de performance, contrats de retour à l'équilibre financier ou CREF, contrats de bon usage du médicament ou CBUM,...)

❖ *Cadre contractuel entre l'ARS et les lieux d'exercice regroupé :*

Dans le prolongement de l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération (ENMR) et du règlement arbitral du 23 février 2015, l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI), publié le 5 août 2017, pérennise les nouveaux modes de rémunération, en les inscrivant dans le champ conventionnel. Ainsi, l'ACI permet aux équipes exerçant au sein de structures pluriprofessionnelles (maisons de santé monosites et multi-sites, centres de santé) de bénéficier d'un mode rémunération qui vient s'ajouter au paiement à l'acte, afin notamment de favoriser une meilleure coordination au bénéfice des patients. Dans ce cadre, les engagements de la structure pluriprofessionnelle sont organisés autour des 3 axes : accès aux soins, qualité et coordination des soins, système d'information partagé.

Le déclenchement de la rémunération est conditionné au respect des engagements socles et définis comme des prérequis. Pour certains indicateurs, il est prévu également une valorisation basée sur un nombre de points variables en fonction de la patientèle. Par ailleurs, la rémunération peut également être majorée en fonction du taux de précarité de la patientèle de la structure. Les professionnels de santé doivent être constitués en SISA (société interprofessionnelle de soins ambulatoire) au moment de la signature du contrat avec l'ARS et l'Assurance maladie ou au plus tard dans les 6 mois suivant la signature du contrat.

5.2 Les dispositifs territoriaux

5.2.1 Dispositifs d'action et de coordination

❖ *Le groupement hospitalier de territoire (GHT)*

Le groupement hospitalier de territoire (GHT) est un dispositif conventionnel régi par les articles L6132-1 et L.6132-7 du CSP. Il prévoit notamment un nouveau mode de coopération entre les établissements de santé publics au sein d'un même territoire. Depuis janvier 2017, les établissements ont adhéré à une convention constitutive contrôlée par les ARS.

Les objectifs du GHT sont de :

- Élaborer un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours ;
- Mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient ;
- Assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité ;
- Assurer la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activité entre établissements ;
- Organiser les activités et la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques résultant du projet médical partagé ainsi que les modalités de constitution des équipes médicales communes et le cas échéant des pôles inter-établissements.

C'est sur la base du projet médical partagé (PMP) qu'est arrêtée par le Directeur général de l'ARS la liste des GHT d'une même région (art. L 6132-5-I CSP) et son périmètre territorial. On compte début 2018 en France 135 GHT.

❖ *Le pôle de santé, devenu communauté professionnelle de territoire (CPTS) :*

Les pôles réunissaient des professionnels de santé et, le cas échéant, des professionnels de santé avec des structures sanitaires (maisons de santé, centres de santé, réseaux de santé, établissements) ou médico-sociales, pouvant comporter plusieurs sites d'implantation. Ils assurent donc des activités de soins de 1er recours, le cas échéant de second recours. Ils ont été remplacés par les CPTS par la loi de modernisation du système de santé. Les CPTS sont composées de professionnels de santé regroupés sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs de soins de premier ou second recours, et d'acteurs médicosociaux et sociaux. Elles concourent au projet régional de santé et à la structuration des parcours de santé. Leurs membres formalisent un projet de santé, transmis à l'ARS, identifiant le territoire de leur action. Sur la base notamment de ce projet, l'ARS peut conclure des contrats territoriaux de santé, financés sur les crédits du fonds d'intervention régional (FIR), pour répondre aux besoins identifiés dans les diagnostics territoriaux (CSP, art. L.1434-13). À défaut de CPTS créées par les professionnels, l'ARS concerte les unions régionales des professionnels de santé et les représentants des centres de santé en vue de constituer une CPTS (CSP, art. L.1434-12).

❖ *Le Contrat local de santé (CLS)*

Mis en place par la loi HPST, le contrat local de santé (CLS) est un outil porté conjointement par l'ARS et une collectivité territoriale pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Il est l'expression des dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires sur le terrain pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations et proposer des parcours de santé plus cohérents et adaptés à l'échelon local. Il est signé par la collectivité territoriale, l'ARS, la Préfecture de département et éventuellement par d'autres partenaires. Il est mis en œuvre sur un territoire de proximité identifié comme prioritaire à partir d'un diagnostic de santé partagé. Il permet de mobiliser des leviers du champ sanitaire (prévention, soins, médico-social) mais également d'autres politiques publiques (déterminants socio-environnementaux) et s'appuie sur des démarches participatives (démocratie sanitaire et locale).

❖ *La plateforme territoriale d'appui (PTA)*

Les plateformes territoriales d'appui (PTA) ont été créées pour les parcours complexes. Les fonctions d'appui de la plateforme ont pour objectifs d'apporter un soutien aux professionnels pour la prise en charge des situations complexes, sans distinction d'âge ni de pathologie, à travers 3 types de services :

- Information et orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leurs territoires afin de répondre aux besoins des patients avec toute la réactivité requise : la plateforme peut par exemple identifier une aide à domicile pour un patient, orienter vers une place en EHPAD, ...
- Appui à l'organisation des parcours complexes, dont l'organisation des admissions et des sorties des établissements : la plateforme apporte une aide pour coordonner les interventions des professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux autour du patient. L'appui aux professionnels de 1er recours et aux équipes hospitalières pour les admissions et des sorties des établissements est particulièrement nécessaire dans les 30 à 90 jours après la sortie, période la plus à risque pour les ré hospitalisations.
- Soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination, en apportant un appui opérationnel et logistique aux projets des professionnels.

Il s'agit d'une mise en cohérence d'activités ou prestations qui étaient déjà existantes afin de soutenir les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux dans la prise en charge de cas complexes.

5.2.2 Dispositifs de pilotage

❖ *La commission de coordination des politiques publiques (CCPP)*

Les deux commissions de coordination des politiques publiques de santé (décret n°2010-346 du 31 mars 2010) sont animées par l'ARS dans les champs de la prévention et de la prise en charge et de l'accompagnement médico-social.

La CCPP dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile, appelée plus communément CCPP-Prévention, est composée d'une quinzaine de représentants de l'État, des collectivités territoriales et des organismes de sécurité sociale. Elle a pour objectif de faciliter la coordination de l'action de ces différents partenaires. Elle assure une fonction de recherche de complémentarités d'actions et de cofinancement entre les autorités compétentes pour l'action publique touchant la santé de la population.

Pour assurer ses missions, la commission :

- contribue à l'élaboration du projet régional de santé,
- favorise la complémentarité des actions dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile et détermine les modalités de cofinancement,
- définit les conditions dans lesquelles les contributeurs financiers membres de cette commission pourront s'associer à l'ARS pour organiser une procédure d'appel à projets destinée à sélectionner et à financer les actions de prévention et de promotion de la santé,

- organise la mise en commun des données en vue d'un diagnostic partagé.

La commission recueille les éléments d'information nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment à l'évaluation de la politique de prévention et de promotion de la santé et à l'élaboration de la politique de prévention.

5.2.3 Dispositifs de représentation territoriale

❖ *L'Union régionale des professionnels de santé (URPS)*

Les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) ont été créées par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST). Dans chaque région, les URPS rassemblent, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral sous le régime des conventions nationales avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Elles sont les interlocuteurs privilégiés de l'ARS sur toutes les questions impliquant les professionnels libéraux. En ce sens, elles participent à :

- l'organisation de l'exercice professionnel, notamment en ce qui concerne la permanence des soins, la continuité des soins et les nouveaux modes d'exercice,
- des actions dans le domaine des soins, de la prévention, de la veille sanitaire, de la gestion des crises sanitaires, de la promotion de la santé et de l'éducation thérapeutique,
- Au déploiement et à l'utilisation des systèmes de communication et d'information partagés.

Elles participent également à la mise en œuvre du PRS.

❖ *Les ordres professionnels.*

5.2.4 Dispositifs de démocratie sanitaire

❖ *La Conférence régionale de la Santé et de l'Autonomie*

Créée par la loi HPST du 21 juillet 2009, la Conférence régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) est un organisme consultatif qui contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale de santé. C'est un lieu de concertation et d'expression de l'ensemble des acteurs du domaine de la santé, y compris des représentants des usagers. La CRSA peut faire toute proposition au Directeur général de l'ARS sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région. Elle rend des avis publics, notamment sur le projet régional de santé, le Plan stratégique régional de santé (PSRS) et les projets de schémas régionaux et le rapport annuel sur le respect des droits des usagers. Elle organise également des débats publics sur les questions de santé de son choix. Les avis de la CRSA sont rendus publics.

❖ *Le Conseil territorial de santé*

Le conseil territorial de santé (CTS) remplace la conférence de territoire (décret n°2016-278 du 8 mars 2016). Créé par le directeur général de l'ARS sur chaque territoire de démocratie sanitaire, le CTS veille à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants, notamment ceux en situation de pauvreté ou de précarité. Il contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du PRS, en particulier pour organiser les parcours de santé. Le CTS participe à la réalisation du diagnostic territorial partagé qui

identifie les besoins sanitaires, sociaux et médicosociaux de la population et les caractéristiques du territoire. Il s'appuie sur des données d'observation, les projets des équipes de soins primaires (ESP) et des CPTS. Il est notamment composé des représentants des élus territoriaux, des services départementaux de protection maternelle et infantile, et des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire. Il comprend une commission spécialisée en santé mentale (CSP, art. L.1434-10).

5.2.5 Autres dispositifs

D'autres dispositifs de coordination territoriale des acteurs existent en fonction des thématiques. On peut par exemple citer :

- Les Programmes Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) : Le PAERPA, fondé sur l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013, et s'inscrivant dans le cadre de la SNS, a pour objectif de mettre en œuvre un parcours de santé fluide et identifié des personnes âgées de plus de 75 ans. Il vise en particulier à maintenir les personnes âgées autant que possible à leur domicile, et à améliorer, sous toutes leurs formes, les prises en charges sociales et médicales, en particulier en renforçant la coordination entre acteurs et en faisant évoluer significativement les modalités d'échanges entre eux.
- Les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) : Le CLSM est une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, et le service de psychiatrie publique, pour la définition en commun des politiques locales et des actions à entreprendre pour l'amélioration de la santé mentale de la population concernée. Le cadre législatif autour des CLSM étant incitatif, ces derniers ne sont pas des instances obligatoires et hiérarchiques.

5.3 Les labels et dispositifs de reconnaissance liés à une approche de promotion de la santé

Sont ici décrits quelques illustrations de labels et dispositifs en lien avec une approche de promotion de la santé.

5.3.1 Le réseau des hôpitaux promoteurs de santé

La France s'est intéressée très tôt au mouvement des hôpitaux promoteurs de santé, qui a été lancé par l'OMS en 1990. Après une phase d'expérimentation européenne menée de 1993 à 1997, à laquelle un établissement français a participé, sept hôpitaux ont rejoint le réseau national une fois créé. Il était alors piloté par l'AP-HP, avant que l'Inpes¹⁵ ne prenne le relais. Membre du "Health Promoting Hospitals and Health Services Network", le réseau français participe à des conférences annuelles internationales lui permettant de rencontrer ses homologues nationaux et régionaux. Malgré la volonté des pouvoirs publics et du législateur de développer la promotion de la santé à l'hôpital, les actions peinent encore à se mettre en place et, quand elles émergent, restent peu visibles, valorisées et reconnues (Inpes, journées de la prévention, juin 2013). Au cours des dernières

¹⁵ En avril 2016, l'Inpes, l'Invs et l'Eprus ont été intégrés dans Santé publique France.

décennies, les hôpitaux ont commencé à intégrer cette dimension nouvelle. Mais force est de constater que la promotion de la santé à l'hôpital reste, à ce jour, très marginale. Très peu d'établissements, en France et ailleurs, ont intégré cette nouvelle dimension dans leur pratique quotidienne. (Limbourg A, Greacen T, Colin C. Promouvoir la santé à l'hôpital. La santé en action.2013;424:16-17)

Le Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions (RESPADD), reprend en 2018 la coordination du réseau des Hôpitaux et structures de santé promoteurs de santé (HSPS), portée initialement par l'Inpes, dans le cadre d'une convention avec Santé publique France.

Concernant les étapes clés de la réactivation du label HSPS au sein des établissements de santé souhaitant s'engager dans la démarche, le RESPADD va travailler :

- au renforcement de la politique « lieu de santé sans tabac », condition essentielle et nécessaire à l'implémentation du label HSPS ;
- à la définition d'axes de promotion de la santé connexes et transversaux à travailler au sein des équipes locales dont :
 - o les addictions ;
 - o la périnatalité - promotion de l'allaitement, peau à peau ... en partenariat avec le réseau IHAB (Initiative hôpital ami des bébés) ;
 - o le handicap ;
 - o la santé mentale ;
 - o la perte d'autonomie et le vieillissement (promotion de la santé des seniors, environnement thérapeutique, aide au maintien de la mobilité) ;
 - o l'activité physique ;
 - o l'alimentation.

Ces axes de promotion de la santé ont été définis comme les plus susceptibles d'agir sur les déterminants de santé en population générale.

Il faut en effet de programmes de promotion de la santé qui puissent agir au niveau :

- individuel, avec le renforcement des compétences et connaissances en santé du patient, de son entourage et de l'ensemble des professionnels de l'établissement de santé ;
- communautaire, avec la constitution de réseaux d'entraide, communautés de patients et pair-aidance pour mieux gérer la maladie chronique notamment et le retour au domicile ;
- environnemental, avec la transformation des structures de santé en environnement favorable à la santé avec une meilleure organisation du parcours de soin, davantage de collaborations entre les professionnels de santé, les niveaux de recours et la coordination santé-ville.

Les environnements favorables à la santé sont un des aspects centraux : les environnements de vie ont une grande influence sur la santé de la population en fonction notamment de la façon dont l'environnement physique est aménagé. La promotion de la santé a pour objectif de donner aux individus et à la collectivité les moyens d'agir favorablement sur les facteurs déterminants de la santé. En ce qui concerne les déterminants environnementaux, c'est par la création d'environnements favorables à la santé que l'action peut être menée. À ce titre l'action favorisant les « Environnements favorables à la santé » est centrée sur les quatre facteurs d'influence des maladies non transmissibles : activité physique, alimentation, tabagisme et alcool.

Le RESPAAD constitue en 2018 un comité scientifique élargi qui travaillera sur la définition des grandes orientations du déploiement du label « Health promoting hospitals » (HPH) France dans les 3 années à venir (stratégies et axes de santé prioritaires, définition des indicateurs d'efficacité).

Par ailleurs, un comité opérationnel plus restreint sera quant à lui chargé de suivre la mise en œuvre, la valorisation des données probantes et l'évaluation des dispositifs proposés à l'échelle des établissements de santé engagés dans une démarche HPH.

5.3.2 Les maternités amies des bébés

L'initiative hôpital ami des bébés (IHAB) est destinée aux professionnels de santé des services de maternités et de néonatalogie - publics et privés. Il s'agit d'un label attribué à un établissement pour un projet de service qui favorise un accompagnement optimal des parents à la naissance et pendant le séjour dans le service. Les soins sont organisés en fonction de la gestion du travail des soignants. Dans un service Ami des Bébé les rythmes et les besoins de l'enfant et sa famille sont pris en compte et deviennent prioritaires. L'IHAB est basé sur la formation du personnel, l'organisation des soins et le soutien parental. Le programme est constitué d'une série de recommandations qui s'inscrivent dans une éthique de santé publique. Il repose sur 3 trois grands principes fondamentaux auxquels se rajoute le respect d'un Code international soucieux de protéger l'allaitement maternel et d'encadrer la commercialisation des préparations pour nourrissons. La France, en septembre 2017 compte désormais 32 services (publics ou privés) « Amis des Bébé » totalisant environ 50 000 naissances par an soit environ 6 % des naissances en France (<https://amis-des-bebes.fr/etablisements-labelises-ihab.php>).

5.3.3 Les hôpitaux sans tabac

Un hôpital sans tabac est un établissement de santé ayant une stratégie de progression dans l'aide aux fumeurs et dans la disparition du tabagisme et au sein duquel il est recommandé de s'abstenir de fumer au-delà du simple respect de la législation en vigueur. Une politique active y est mise en œuvre. La prévention et la prise en charge du tabagisme sont inscrites dans le parcours des patients et des mesures spécifiques sont prévues pour le personnel. L'un des enjeux de la stratégie est d'inscrire l'objectif « Hôpital sans tabac » dans chacun des volets du projet d'établissement : médical, soins, prise en charge, gestion des risques et qualité, social et professionnel, financier, ainsi que le développement durable et logistique,

(Guide Hôpital sans tabac du Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions ou RESPADD).

5.3.4 Le Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions

Le RESPADD est une association à but non lucratif qui fédère plus de 600 établissements de santé engagés dans la prévention et la prise en charge des pratiques addictives. L'association s'est donné trois objectifs : informer et sensibiliser les établissements pour prévenir les pratiques addictives et leurs complications, les accompagner dans l'organisation de la prise en charge des personnes concernées et promouvoir une dynamique de réseau dans le champ de l'addictologie. Aujourd'hui, son objectif est d'inscrire les établissements qui en sont membres dans une dynamique prévention et de prise en charge de l'ensemble des pratiques addictives, et plus globalement dans une perspective de promotion de la santé pour leur public et leur personnel.

6 ÉTAT DES LIEUX DES ACTIVITÉS EN PRÉVENTION DES OFFREURS DE SOINS

6.1 Thématiques et types d'intervention

6.1.1 La base de données OSCARS

La base de données cartographique des actions régionales de santé OSCARS (Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé) <http://www.oscarsante.org/> comporte plusieurs modules :

- Un **module généraliste** adopté par certaines régions à la demande des ARS : Grand-Est, Normandie, Bretagne, Pays de la Loire, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Auvergne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Océan indien, Guadeloupe, Martinique.
- Un **module Moi(s) sans tabac** adopté par toutes les régions à la demande de Santé publique France.
- Un **module Education thérapeutique** adopté par 4 régions à la demande des ARS : Occitanie, Nouvelle-Aquitaine, Bourgogne-Franche-Comté et Provence-Alpes-Côte d'Azur.
- Un module **Santé-travail** adopté par 2 régions à la demande des Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE).

❖ *Santé publique*

Le module « **généraliste** » donne de la visibilité à l'activité menée dans le champ de la santé publique. Elle n'est pas exhaustive mais rend compte de manière détaillée d'interventions inscrites et financées dans le cadre des PRS de chaque région. En 2016, près de 2 764 actions de prévention et promotion de la santé sont recensées. Elles bénéficient de financements spécifiques essentiellement assurés par les ARS, et, le plus souvent, sur appel à projets.

➤ *Activités en établissements de santé*

Parmi les 2764 actions recensées en 2016, 214 sont portées par des établissements de santé soit 7,7 %. Certaines sont assurées dans la majorité des établissements et d'autres relèvent d'initiatives internes (cf tableau).

Ces activités sont le plus souvent menées à l'extérieur de l'établissement. Les publics touchés sont soit d'anciens patients (femmes enceintes, suicidants, ...), soit des publics repérés comme étant à risque (publics précaires, publics exposés, ...).

➤ *Activités en structures d'exercice coordonné*

À l'échelle de groupes de pathologies ou de populations, les soins de 1^{er} recours définis par la loi doivent inclure toutes les fonctions relevant de la santé publique et de la prévention, comme la surveillance sanitaire au niveau des communautés, une partie des activités de médecine scolaire et de la médecine du travail, et comme les tâches d'éducation à la santé et de conseils individualisés. La mise en place d'un projet de santé au sein des structures d'exercice collectif est d'ailleurs garante du développement d'une coordination entre les professionnels et d'actions de prévention et

d'éducation sanitaire. Ainsi, ces lieux d'exercices portent aujourd'hui par exemple des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP).

Dans le cadre de l'exercice libéral regroupé, une analyse des actions 2016 intégrées dans OSCARS en région Provence-Alpes-Côte d'Azur dresse le panorama suivant : il s'agit d'actions menées par des professionnels libéraux exerçant en MSP, maisons régionales de santé, et pôles de santé. Elles bénéficient de financements spécifiques dans le cadre d'appels à projets.

❖ *Le module Moi(s) sans tabac*

Le module « Moi(s) sans tabac » recense l'ensemble des actions relayant le dispositif dans chacune des régions. Sur les 2254 actions réalisées en 2016, 553 sont portées par des établissements de santé, soit 25 %. L'action « Moi(s) sans tabac mais avec mon pharmacien » mérite une attention particulière. L'initiative portée par l'URPS Pharmaciens en PACA a permis à des fumeurs d'entrer dans une démarche de sevrage tabagique lors du Moi(s) sans tabac, en bénéficiant de l'accompagnement de leur pharmacien formé au préalable à la consultation de sevrage et au suivi du patient en cours de sevrage.

De nombreuses autres actions sont également réalisées et financées par Santé publique France, les ARS et l'Assurance maladie, parmi lesquelles et à titre d'exemples :

- Action de sensibilisation auprès des salariés et des patients du centre hospitalier Sainte-Marie, Clermont-Ferrand.
- Formation à la prise en charge des résidents fumeurs auprès du personnel d'EHPAD de La Bourboule.
- Accompagnement à l'arrêt du tabac pour les fumeurs hospitalisés en Addictologie du GH 70, GH Haute Saône.

Onze sont portées par des professionnels libéraux dont :

- Projet de sevrage tabagique en groupe au sein du pôle de santé de Croisy sur Andelle, Maison de santé, Croisy sur Andelle.
- Aide de sevrage tabagique à domicile, Groupement Exercice Professionnel Infirmier, Penta-di-Casinca Orezza.

❖ *Le module Éducation thérapeutique*

Le module « Éducation thérapeutique » révèle un nombre très faible de programmes portés par des libéraux : il varie de 0 à 2%.

En conclusion, les actions repérées dans OSCARS bénéficient d'un soutien financier accordé, dans la majorité des cas, dans le cadre d'un appel à projets (AAP). Elles restent ponctuelles et personnes-dépendantes. Elles nécessitent la recherche de financements spécifiques, ce qui représente une importante charge administrative : montage de dossier, de budget, organisation des équipes pour une activité ponctuelle, rédaction de rapports et de bilans.

| ACTIVITES EN ETABLISSEMENT DE SANTE ET EN STRUCTURES D'EXERCICE COORDONNE | |
|---|--|
| Activités récurrentes en établissements de santé | Centres de vaccination |
| | Centres de lutte contre la tuberculose (CLAT) |
| | Centres d'information et de dépistage gratuit du VIH, des hépatites B et C, des IST (CeGIDD) |
| | Équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) |
| | Mise à disposition de personnels médicaux et paramédicaux auprès des maisons des adolescents fréquente |
| | Coordination régionale de la lutte contre le VIH (COREVIH) |
| | Etc |
| | |
| Thématiques courantes | Précarité |
| | Santé mentale |
| | Addictions |
| | Nutrition |
| | Santé sexuelle |
| | Violence |
| | Périnatalité-parentalité |
| | Compétences psychosociales |
| | |
| Types d'activités | Communication, information, sensibilisation et d'éducation pour la santé |
| | Travail en réseau et/ou coordination locale |
| | Accueil, écoute, orientation et consultation ou accueil individualisé de prévention |
| | Formations et actions de soutien aux équipes |
| | Consultations de dépistage |
| | Aide au sevrage tabagique |

6.1.2 Activités hors les murs : l'exemple de la Nouvelle-Aquitaine

Un rapport réalisé par Roger Salamon porte sur les actions de prévention menées en Nouvelle-Aquitaine. Il constate des projets diversifiés, de qualité différente.

Principaux enseignements : il a été possible de :

- Susciter un intérêt auprès des établissements de soins pour une action hors les murs.
- Faciliter une mobilisation et permettre un foisonnement d'idées.
- Favoriser l'émergence de compétences et faire apparaître les besoins (en matière de formation en particulier).

La présence d'animateur de santé publique (financé par l'ARS) est un point très positif qui semble représenter une condition de réussite.

Différentes faiblesses :

Beaucoup de ces faiblesses étaient prévisibles car ces projets sont nouveaux pour les établissements peu habitués à ce type d'activité. En outre, le passage par des appels à projets était indispensable mais en même temps conduisait à la principale difficulté de ces projets (et d'une certaine manière à la faiblesse du processus) : quelle pérennité possible pour les projets qui fonctionnent en matière de prévention ? Un autre point dont il faudra tenir compte si l'on souhaite étendre une telle démarche sur plan national est la faiblesse ou l'absence d'indicateurs permettant de suivre et d'évaluer les actions. Pour ces projets hors les murs, il est souvent indispensable d'établir des liens avec des structures ou organismes impliqués dans la prévention et promotion de la santé des populations (en particulier l'IREPS). Ces liens doivent être organisés clairement pour favoriser l'action et surtout pour éviter une concurrence entre les projets et les acteurs qui serait délétère.

Différents thèmes :

Deux thèmes sont apparus susceptibles de bénéficier d'une généralisation. En premier lieu, la promotion d'une activité physique contrôlée pour certaines pathologies. Mais aussi la lutte antitabac en particulier chez la femme enceinte mais aussi dans les milieux de travail.

Par ailleurs, la santé environnementale pourrait être un axe (en particulier au niveau des femmes enceintes). D'autres thèmes pourraient être candidats comme le dépistage ou la vaccination, bien que, étonnamment, ces deux thèmes ont été peu retenus par les projets analysés. Enfin, d'autres thèmes sont possibles à l'initiative des établissements (ou des ARS).

En résumé :

- Deux thèmes doivent avoir une dimension nationale :
 - Activité physique,
 - Tabagisme.
- Un thème pourrait y prétendre (à discuter) :
 - Santé environnementale (mère-enfant).
- Deux thèmes doivent être précisés pour une souhaitable généralisation :
 - Vaccination,
 - Dépistage.
- Tout autre thème doit être laissé à l'initiative locorégionale mais encouragé et validé.

Il semble donc possible de proposer aux établissements de soins sur l'ensemble du territoire la mise en place d'actions de promotion de la santé et prévention sur les deux thèmes suivants :

- Activité physique contrôlée (pour certaines pathologies).
- Lutte antitabac chez la femme enceinte.

Pour l'activité physique contrôlée, il revient aux hôpitaux de définir les populations cibles (certaines maladies chroniques, métaboliques, neurologiques, cardiovasculaires), et de mettre en place sous le contrôle et le suivi d'un clinicien de l'hôpital une activité physique adaptée. Les patients devraient revenir en consultation de manière régulière. Il est nécessaire de laisser un libre choix aux hôpitaux en ce qui concerne :

- Les pathologies retenues,
- Les structures qui offriraient les prestations en matière d'activité physique adaptée.

Parmi les autres thématiques possibles, aucune ne semble indiscutablement être généralisable. Tout au plus, peut-on imaginer sous forme d'appels à projets, des actions souhaitables en matière de :

- Santé environnementale (mère-enfant).
- Vaccination.
- Dépistage.

Bien sûr, à l'initiative des hôpitaux, d'autres projets pourraient être proposés à financement.

6.2 Exemples de dispositifs expérimentaux de prévention

Les auditions réalisées dans le cadre de la saisine ont permis d'échanger autour d'actions ou de dispositifs mis en place dans certains territoires et impliquant des offreurs de soins. Une sélection est présentée ci-dessous à titre d'illustrations.

6.2.1 DES FONCTIONS SPÉCIFIQUEMENT CRÉÉES POUR COORDONNER LA PPS SUR UN OU PLUSIEURS THÈMES

❖ *VigilanS : dispositif de veille post-hospitalière pour les suicidants de Nord-Pas-de-Calais*

VigilanS est destiné à la prévention de la récurrence suicidaire. Lancé en 2015 à Boulogne-sur-Mer, il a été étendu à 26 sites hospitaliers volontaires de la région. L'objectif est de contribuer à la baisse des chiffres de mortalité et de morbidité suicidaires par une démarche pro-active des professionnels sur un territoire donné.

Le CHRU de Lille est promoteur, mais le dispositif fédère l'expertise de plusieurs partenaires :

- Le SAMU/Centre 15 centralise la veille et le re-contact des personnes survivant à une tentative de suicide. Les services d'Urgences et les Centres de Crise « alimentent » le dispositif en signalant les sujets à veiller.
- Les services de psychiatrie et de santé mentale joignent leurs ressources de soin et d'intervention à celles de VigilanS, quand une situation à risque est détectée.
- L'URPS, les associations de Développement professionnel continu (DPC) de médecins généralistes, le Collège régional de Médecine d'Urgence, le Collège des Enseignants de

Médecine Générale sensibilisent les médecins des urgences et de proximité à la détection du risque suicidaire et aux recours disponibles.

- Le Centre d'Investigation Clinique (CIC) garantit la rigueur méthodologique et l'évaluation.
- La Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale a la charge de l'évaluation quantitative et qualitative.

VigilanS est animé par une équipe de coordination (praticien hospitalier, psychologue et secrétaire), et une équipe opérationnelle (infirmiers et psychologues qui répondent au téléphone, évaluent le risque suicidaire, coordonnent les contrats de soin et les rappels).

Le financement est assuré par l'ARS (500 000 € sur 2 ans). Le dispositif se déploie désormais dans d'autres territoires français.

« Le dispositif Vigilans trouve son origine dans une façon novatrice de penser le soin : rester en alerte, rester préoccupé par le devenir des sujets que nous croisons dans nos institutions - aussi performantes soient-elles - lorsqu'ils en sortent, lorsqu'ils retournent à leur existence. » Pr Guillaume Vaiva.

❖ *« Je t'aime mon cœur », un programme de prévention primaire de réduction des risques cardiovasculaires en Lorraine*

Il s'agit d'un dispositif d'accompagnement de personnes non-malades présentant des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, par une équipe de professionnels paramédicaux sur des territoires prioritaires.

Il est mené avec de nombreux partenaires locaux : hôpitaux, associations, professionnels libéraux. Décliné sur 6 territoires, le programme a pour objectifs de :

- Renforcer la connaissance des publics sur les facteurs de risque cardio-vasculaire,
- Renforcer le pouvoir d'agir des personnes sur leur santé,
- Lever les difficultés d'évaluation du risque cardio-vasculaire pour les médecins généralistes,
- Pallier le manque de structures, notamment pour une prise en charge globale,
- Renforcer les liens entre professionnels de santé et acteurs de prévention.

La porte d'entrée est le médecin généraliste qui remplit une feuille de repérage du risque des patients. Le patient présentant un facteur de risque est ensuite invité à contacter le réseau pour prendre rendez-vous avec l'infirmière coordonnatrice *via* un numéro de téléphone local. Le patient est ensuite accompagné gratuitement par le personnel adapté (diététiciens, enseignants en activité physique adaptée, psychologue, tabacologue). Le travail est réalisé en équipe au sein de cellules éducatives implantées sur chacun des territoires, avec des infirmiers formés à une approche globale des personnes en partant de leurs besoins.

L'infirmière envoie une feuille de liaison au médecin du patient au début du programme avec les actions prévues, et en fin de programme. Les médecins sont incités financièrement à adresser des patients, à hauteur de 100 € pour 10 patients adressés.

La communication est orientée vers les médecins et le grand public. Les résultats positifs sur les données biologiques et les habitudes de vie à 6 mois confortent les médecins dans leur engagement.

Le programme est financé par l'ARS Grand-Est et le régime local de l'assurance-maladie depuis 2009, avec un cofinancement du Conseil régional Grand-Est depuis 2014. Il est porté par Filieris, opérateur de santé issu du régime minier, et coordonné par l'Ireps Lorraine.

<http://www.jetaimemoncoeur.fr/>

6.2.2 Le protocole ASALÉE : Action de SANTé Libérale En Équipe

Le protocole Asalée a été lancé en 2004 dans les Deux-Sèvres par l'association du même nom pour améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques.

Il a fait partie des expérimentations de coopération dites "Berland"« Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé »¹⁶, puis a été autorisé en 2012 au titre de l'article 51 de la loi HPST de 2009. Dans les cabinets libéraux participants, des infirmiers délégués à la santé publique mènent des actions de prévention en coordination avec des médecins généralistes, principalement auprès de patients atteints de maladies chroniques.

Asalée veut répondre à l'évolution du métier de médecin généraliste qui nécessite de plus en plus de travailler en équipe. Les activités concernent le diabète, les facteurs de risque cardio-vasculaires, les troubles de la mémoire, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives. Les infirmiers Asalée peuvent faciliter les dépistages des cancers et la gestion des alertes. Ils aident au suivi, à l'éducation thérapeutique et à l'accompagnement du patient. Ils peuvent réaliser des actes dérogatoires (électrocardiogramme, spirométrie, test mono filament, etc.).

Le travail en équipe de proximité peut fédérer les médecins du cabinet mais aussi les professionnels du territoire. Les médecins doivent mettre à disposition de l'infirmier un cabinet les jours où il assure ses consultations, l'accès à un poste informatique, au logiciel patient. Du temps de coordination et un travail en équipe doivent être organisés.

Ce dispositif a été évalué par l'Irdes [10]. Une évaluation médico-économique a mis en évidence des effets positifs (Irdes et Cnam) [11].

L'association regroupe 2 000 médecins généralistes répartis sur 770 sites ; 550 infirmiers sont accueillis dans ces derniers pour réaliser le protocole. Une dizaine d'ingénieurs sont en support de l'initiative.

La loi de financement de la sécurité sociale 2018 prévoit désormais un financement d'Asalée dans le cadre du droit commun *via* l'enveloppe de gestion des risques. À partir de 2019, la Cnam pourra financer directement le dispositif sur la base d'un régime pérenne. Asalée dispose d'un mandat d'exécution pour rémunérer les salaires et charges des infirmiers salariés ou l'équivalent de leur traitement en honoraires bruts. La convention prévoit aussi les indemnités perçues par les médecins et la charge de support.

¹⁶ http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_cinq_experim_juin2006.pdf

6.2.3 UN RENFORCEMENT OU UNE RÉORGANISATION DES DISPOSITIFS EXISTANTS

❖ *Panjo : Promotion de la santé et de l'attachement des nouveau-nés et de leurs jeunes parents : renforcer les dispositifs de prévention précoce*

L'objectif de Panjo est de promouvoir la santé et l'attachement des nouveau-nés et de leurs parents à travers les services de la PMI. Cette recherche-action est conçue comme un outil de prévention précoce. Initiée par l'Inpes, elle est désormais portée par l'Agence des Nouvelles Interventions Sociales et de Santé (ANISS), avec un financement de Santé publique France.

Elle part du constat que les inégalités sociales de santé ont, dès la naissance, un impact sur le développement de l'enfant. L'étude questionne l'optimisation de l'utilisation des services de PMI. Selon les promoteurs, se focaliser sur l'accueil dans les centres au détriment des visites à domicile (VAD) constituerait un facteur massif d'inégalité.

Le principe repose sur 6 VAD proposées à des femmes enceintes de leur 1^{er} enfant et se déclarant en situation d'isolement social. Ces visites s'échelonnent du 7^e mois de grossesse jusqu'aux 6 mois de l'enfant. Les interventions sont menées par des professionnelles de PMI ayant bénéficié d'un dispositif spécifique d'harmonisation des pratiques (formation Panjo, référentiel commun d'intervention et de supervisions).

Quand un territoire se porte candidat, dans un premier temps, tout le service de la zone concernée (secrétaires, puéricultrices, médecins, cadres...) est mobilisé pendant 2 jours pour des échanges autour de l'attachement.

Les partenaires de l'expérimentation sont les Conseils départementaux, des maternités, l'Université du Québec, des services de pédopsychiatrie, la fédération des réseaux de périnatalité et certaines ARS.

L'étude cherche aussi à prouver le rapide retour sur investissement du dispositif et la pertinence du travail à domicile (en confirmant les tendances retrouvées dans la littérature, et en mettant en avant les économies effectuées – dont moins de passages aux urgences, moins de visites chez le pédiatre).

❖ *Prévention en addictologie : repérage précoce et intervention brève (RPIB)*

Les offreurs de soins sont perçus comme légitimes pour effectuer de la prévention des addictions, en lien avec d'autres structures – Pôle Emploi, par exemple, le lien entre le chômage et certaines addictions étant avéré. La prévention doit aussi s'adresser aux professionnels et aux futurs professionnels de santé. L'hôpital peut également réaliser de la prévention ciblée à destination de populations à risques (enfants de patients ayant une addiction, victimes de violences, etc.).

Il convient donc de :

- Implanter le RPIB en soins primaires

Le RPIB est reconnu comme une des meilleures pratiques en prévention des addictions¹⁷.
Les stratégies nationales et régionales déployées pour sa diffusion depuis plus de 10 ans

¹⁷ United Nations Office on Drugs and Crime. International Standards on drug use prevention. 2015. https://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC_2013_2015_international_standards_on_drug_use_prevention_E.pdf

n'ont pas vraiment permis son incorporation dans la pratique quotidienne des professionnels de santé de 1^{er} recours. Les professionnels potentiellement concernés sont les médecins généralistes, pédiatres, sages-femmes, pharmaciens d'officine, infirmiers, dentistes, ainsi que les médecins du travail et les médecins scolaires.

- Améliorer le repérage des consommations à risque par l'usage d'outils numériques

On peut citer les travaux menés à Nantes où le Pr Jean-Luc Venisse propose aux usagers et patients une auto-évaluation de leurs consommations par *smartphone*, tablette ou ordinateur, marqueurs des comportements addictifs et des conduites à risque.

Ces outils numériques peuvent aussi être utilisés par tous les professionnels de première ligne (médecine du travail, universitaire, générale...) cherchant à appliquer les recommandations de la HAS en termes de prévention des addictions¹⁸. Ils peuvent permettre de gagner du temps-médecin.

6.2.4 UNE DYNAMIQUE TERRITORIALE AUTOUR D'UN THÈME

❖ *Coordination autour du diabète à la Réunion et à Mayotte*

Dans l'Océan indien, plus de 10 % de la population locale est atteinte de diabète pharmacologiquement traité, soit un taux environ 2 à 3 fois supérieur à celui de la France métropolitaine¹⁹. En 2015 une forte mobilisation des différents acteurs a abouti à la réalisation d'une conférence de consensus. Elle a rassemblé les associations de patients, les collectivités locales, l'Éducation nationale, la Mutualité, l'IREPS, les offreurs de soins (centres hospitaliers et URPS).

Le travail s'est effectué en 3 temps, sous l'égide et l'animation des professionnels de santé, avec la mise en place de référentiels communs aux acteurs :

- Une vision harmonisée des données chiffrées ;
- Une information partagée sur les missions actuellement menées ;
- La mise en place d'actions sur des objectifs spécifiques.

Un appel à projets spécifique permet de réunir les acteurs (médecins généralistes, éducation nationale, etc.), pour déployer un travail coordonné autour des médecins généralistes au sein d'un quartier cible. Le projet associe des actions relatives à la prévention en général (nutrition, activité sportive, etc.), le suivi et dépistage des patients ainsi que de l'éducation thérapeutique.

7 CONSTATS

Par l'analyse de cet état des lieux et des auditions réalisées auprès des acteurs clés impliqués et susceptibles d'être impliqués dans les actions de prévention faites dans le système de soins, le HCSP constate que les actions de prévention et la promotion de la santé sont peu organisées, peu

¹⁸ HAS « Repérer précocement, intervenir et suivre les consommations addictives » disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2005216/fr/reperer-precocement-intervenir-et-suivre-les-consommations-addictives, consulté le 28 mai 2018

¹⁹ <https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/soyons-plus-fort-que-le-diabete-conference-de-consensus-la-reunion-et-mayotte>

financées et reposent le plus souvent sur des initiatives individuelles. Les offreurs de soins ne consacrent qu'une faible part de leur activité et de leurs moyens à ce champ pourtant stratégique en termes de santé des populations.

7.1 Sur les activités de prévention

Quel que soit le lieu d'exercice, hospitalier ou ambulatoire, le HCSP fait le constat que les informations relatives à ces activités sont extrêmement dispersées, hétérogènes et personne-dépendante. Aucun mode de recueil de l'information n'est prévu et aucune institution ne semble en capacité de dresser un panorama précis de l'activité de prévention/promotion de la santé. En règle générale, l'activité est elle-même hétérogène. L'état des lieux est, de fait, incomplet, hétérogène ; il a été réalisé à partir de sources d'information disponibles dont la base OSCARS, d'une enquête menée en Nouvelle-Aquitaine et des auditions réalisées dans le cadre de ce rapport.

Malgré l'inhomogénéité de l'état des lieux, le HCSP identifie néanmoins des initiatives notables :

- À l'hôpital où la prévention est centrée sur des activités institutionnelles : centres de vaccination, CLAT, CeGIDD, ELSA, programmes d'ETP.
- En ambulatoire (exercice regroupé) où les initiatives portent surtout sur la contraception, le dépistage organisé des cancers, l'activité physique adaptée, la prise en charge des maladies chroniques.

Ponctuellement, les offreurs de soins développent des actions spécifiques sur le tabagisme chez la femme enceinte, l'allaitement, la prise en charge des ivresses aiguës, le repérage des risques suicidaires, ou des activités en opportunités sur AAP spécifiques (généralement initiés par l'ARS), en lien avec des campagnes nationales ou l'organisation du dépistage du cancer. On peut également observer des initiatives portant sur la mise à disposition de personnels médicaux et paramédicaux (maisons des adolescents, actions de coordination régionale de la lutte contre le VIH (COREVIH) à travers certaines consultations « Enfant-environnement », une PASS mère-enfant, des équipes mobile précarité santé (EMPS), etc.). Certains établissements disposent également de postes de coordonnateurs de réseaux locaux de promotion de la santé ; création d'une commission prévention (FHF) ; équipe mobile de nutrition. En revanche, peu d'établissements ont adhéré au dispositif des établissements promoteurs de santé (Santé publique France).

Cette hétérogénéité se justifie par, d'une part, des activités réalisées de manière intégrée à une démarche de soins, sans moyens financiers spécifiques et d'autre part, des ressources financières d'origines très hétérogènes et relevant de dispositifs coexistants sans réelle centralisation de l'information.

Enfin, les acteurs interrogés ont bien conscience des différents niveaux d'intervention possible dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé et soulignent la nécessité de ne pas être en concurrence mais en synergie par la faveur d'une lisibilité de l'organisation territoriale de la politique de prévention et des partenariats consolidés.

Toutefois, pour les offreurs de soins, le champ de la prévention n'est pas clarifié, de même que les niveaux interventionnels.

Les actions de prévention mises en œuvre par les offreurs de soins s'organisent autour d'un socle commun de problématiques, qui peuvent être déclinées selon les spécificités propres à chaque profession.

Ainsi, à côté de structures qu'ils hébergent (cf. supra), les offreurs de soins interviennent, à des degrés divers selon les structures dans les domaines de prévention et de promotion de la santé, suivants :

- Dépistage des cancers
- conduites addictives, dont alcool et tabac,
- diabète,
- maladies chroniques,
- maladies métaboliques,
- obésité, surpoids, sédentarité, hygiène alimentaire, nutrition,
- pathologies cardio-vasculaires,
- pathologies respiratoires,
- précarité,
- promotion de la vaccination,
- vieillissement dont les maladies neurodégénératives.

7.2 Sur le financement

Les principaux financements mobilisés pour mener les actions de prévention sont leurs fonds propres, les dotations des ARS, mais aussi les demandes de subventions auprès de la CPAM, des mutuelles, des collectivités territoriales et des associations caritatives.

De manière générale, les initiatives en prévention faites par les offreurs de soins sont personnes-dépendantes et en opportunité (disponibilités financières) sans financement pérenne alors même que la tarification à l'activité est peu adaptée.

L'absence ou la faible rémunération des professionnels et des structures qui pratiquent la prévention constitue un frein à la mobilisation, entraîne une précarisation, et pose la question de la reconnaissance, de la pérennisation et de pluri-annualité.

L'enquête effectuée auprès des URPS souligne que les modalités de financement des structures et des professionnels de santé ne sont pas adaptées et constituent un des principaux freins à la prévention. Selon les personnes interrogées il faut favoriser les financements pour la prévention en mettant en place des crédits spécifiques et en développant des incitatifs à la mise en œuvre de la prévention pour les acteurs. Les URPS ont également suggéré que la prévention soit contractualisée dans les CPOM des structures avec les ARS.

Certaines activités de prévention relèvent de financements institutionnels (consultations thématiques de prévention, notamment en addictologie et en santé sexuelle, et la coordination d'activités telles que le COREVIH).

D'autres activités relèvent de financements liés à une activité de soins. C'est le cas des programmes d'ETP.

Un troisième bloc est constitué par les activités reposant sur des financements non prévus ou reposant sur la bonne volonté des établissements :

- participation à des programmes ou actions nationales de prévention telles qu'Octobre rose, Mars bleu, etc. ;
- exercices et projets spécifiques réalisés en MSP, notamment dans le cadre des CLS ;
- actions à destination des personnels hospitaliers, notamment dans le cadre de processus spécifiques de labellisation ;
- formations thématiques (notamment en addictologie).

À l'occasion des auditions, le HCSP a relevé parfois l'intégration d'un volet Prévention négocié dans les CPOM et les PMP, mais les crédits alloués à la prévention sont régulièrement affectés à d'autres postes.

À l'exception des activités préventives identifiées et financées comme telles par des crédits fléchés, il existe peu d'activités préventives en dehors de celles du soin (pratiques cliniques préventives).

Au sein des ARS, il existe par ailleurs parfois aussi une contradiction entre la Direction de l'organisation des soins incitant à une réduction de la masse salariale et la Direction de la Santé publique qui sollicite de nouveaux projets. Ceci nuit à la mise en œuvre d'une prévention de qualité, pérenne et accessible à tous et favorise de fait des mises en concurrence entre acteurs. **Multiplier les recommandations en l'absence de nouveaux financements peut placer les offreurs de soins face à des choix complexes.**

Les dépenses engagées dans les dispositifs de coordination sont importantes (900 millions d'€/an), et beaucoup se doublonnent (Cf. rapport de l'Igas de 2014)²⁰, ce qui laisse à penser qu'il existe des marges de manœuvre.

Par ailleurs, la prévention diminue à terme le nombre d'hospitalisations, et peut donc générer des ressources en diminuant les coûts. Cependant, il est difficile de mobiliser des financements et les acteurs sur des programmes de prévention ambitieux.

❖ *État des lieux des dispositifs de la Cnam*

Dans le cadre d'accords conventionnels, l'assurance maladie et les professionnels de santé développent des dispositifs permettant de renforcer leur implication dans les actions de prévention et de dépistage au travers notamment de rémunérations incitatives reposant sur des objectifs de santé publique de type ROSP, régulièrement complétées et étendues récemment aux enfants, mais également des consultations dédiées de prévention (consultations complexes des médecins pour la prévention de l'obésité ou des infections sexuellement transmissibles (IST) dans le cadre de la nouvelle convention médicale de 2016, bilans bucco-dentaires par les chirurgiens-dentistes, consultations de prévention et de contraception pour les jeunes femmes élargie aux sages-femmes, etc). Les accords conventionnels prévoient également des accompagnements de malades chroniques par les pharmaciens ou des actions de vaccinations (grippe, ROR,...) et de dépistage (cancer, facteurs de risques...), avec une attention particulière pour les publics précaires et les enfants (expérimentations en milieu scolaire sur le dépistage des troubles de l'apprentissage et du langage par des orthophonistes, des troubles visuels par les orthoptistes, des troubles du rachis par les

²⁰ <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article437>

masseurs-kinésithérapeutes et suivi par les médecins dans le cadre de la ROSP Médecin traitant de l'enfant.

La Cnam met également en œuvre de nouveaux modes de rémunération des modes d'exercice coordonné quelle que soit leur forme qui permettent de renforcer la prévention, l'efficacité et la qualité de la prise en charge. C'est dans ce cadre que s'inscrit le nouvel ACI destiné à accompagner le développement des MSP. Dans cet accord, les MSP sont notamment valorisées sur les actions de missions de santé publique qu'elles mettent en œuvre de manière pluri professionnelle. Ces missions portent notamment sur les actions en faveur de l'amélioration de la couverture vaccinale, la prévention du surpoids et de l'obésité, la prévention du suicide, etc.

Les innovations organisationnelles et tarifaires (portées par l'article 51 de la LFSS 2018) voire technologiques (e-santé, télémédecine...), ainsi que le développement de l'exercice coordonné, notamment en soins primaires (MSP, CPTS), constituent des leviers importants pour aller plus loin dans l'implication des professionnels de santé dans les politiques de prévention.

En complément de ces leviers conventionnels, des outils de formation et d'information seront mis à disposition des professionnels de santé pour que la prévention puisse être intégrée à leur pratique quotidienne.

La Cnam finance par ailleurs de nombreux programmes de prévention à travers la mobilisation de son FNPEIS (Fonds National d'Education et d'Information Sanitaire) et à partir de 2018 du Fonds de lutte contre le tabagisme.

Le FNPEIS a vocation à financer :

- des programmes de prévention bucco-dentaire, MT Dents, qui vient de fêter ses 10 ans, consultation et prise en charge des soins consécutifs pour les 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans, mais aussi la mise en œuvre en classes de CP en zones défavorisées d'actions de sensibilisation et de dépistage.
- des programmes de dépistages (co-financement ARS) organisés des cancers : colorectal, sein et col de l'utérus à partir de 2018, avec prise en charge par l'assurance maladie à 100 % des actes de mammographie, du test immunologique dans le cadre du dépistage du cancer colorectal, de l'examen cytopathologique de dépistage du cancer du col de l'utérus,
- des programmes de vaccination : campagne nationale de vaccination antigrippale, ROR,
- des programmes d'examen de prévention en santé dans ses Centres d'examen de santé qui reçoivent chaque année 500 000 assurés pour un examen individualisé et approfondi ciblé sur les populations précaires et visant à accompagner les personnes concernées vers l'accès aux droits et aux soins,
- des expérimentations :
 - o de prévention du surpoids et de l'obésité basée sur une prescription à la main du médecin traitant et une rémunération forfaitaire et pluridisciplinaire : nutritionniste, psychologue, activité physique,
 - o de prévention du diabète,
 - o de prévention en santé mentale chez les jeunes,

- de lutte contre l'antibiorésistance à travers la mise à disposition de test de diagnostic rapide (TDR) angines pour les médecins de ville,
- de lutte contre le VIH et le VHC à travers le financement de test rapide d'orientation diagnostique (TROD) pour des associations communautaires en lien avec le Ministère de la santé.

Par ailleurs, dans le cadre de ses conventions avec les PMI et les centres de vaccination, l'assurance maladie prend en charge à la fois des actes et des produits contribuant aux programmes de prévention de ces partenaires : petite enfance, parcours maternité,...

Le Fonds tabac va permettre de financer de nombreuses actions de prévention du tabagisme selon quatre axes stratégiques :

1. Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme,
2. Aider les fumeurs à s'arrêter,
3. Amplifier certaines actions auprès de publics prioritaires dans une volonté de réduire les Inégalités sociales de santé,
4. Soutenir la recherche appliquée et l'évaluation des actions de prévention et de prise en charge.

Ce fonds a vocation à financer des actions d'envergure nationales et régionales.

Il dispose dès 2018 de 100 millions d'€ de capacité d'intervention.

7.3 Sur l'organisation de la prévention faite par les offreurs de soins

7.3.1 Les territoires de la prévention

Au sein d'une même ARS, il peut exister des définitions différentes selon le sujet évoqué (territoire de santé de médecine ambulatoire, territoire de santé maternité, territoire de santé chirurgie, etc.). Par ailleurs, dans un discours en janvier 2018 concernant les déserts médicaux²¹, la ministre en charge de la santé a fait référence aux bassins de vie définis par l'Insee en parlant de « bassins de vie/santé ».

Le HCSP relève qu'il devient compliqué d'articuler les différents niveaux territoriaux qui se croisent sans s'harmoniser. À titre d'illustration, on peut citer les territoires de décision régionaux portés par l'ARS mais croisant les territoires de décision portés par les conseils départementaux sur le secteur médico-social. Ou encore, sur la coordination et la mise en œuvre territoriale du PRS, les territoires des GHT ne correspondent pas aux territoires des délégations territoriales de l'ARS. Les territoires d'action portés par les CLS ne coïncident pas toujours avec les territoires d'action des acteurs comme par exemple, dans le cas de ce rapport, de ceux couverts par les lieux d'exercice regroupés. Ce millefeuille territorial rend la lisibilité et le pilotage de la politique de santé très complexe et peu réactif. Les acteurs interrogés soulignent la nécessité de clarifier les niveaux territoriaux de pilotage, de coordination et d'action et ce de manière transversale aux différents champs d'action de l'ARS et lisibles pour tous.

²¹ http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180118_discours_-_ppl_garot_deserts_medicaux_vf.pdf

Il est impossible de connaître le nombre de territoires au niveau national.

7.3.2 La coordination des actions de prévention

Il existe deux CCPP (commission de coordination des politiques publiques de santé), l'une dans le champ du médico-social et l'autre dans le champ de la prévention (CCPP dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile), et celles-ci visent à intégrer dans la politique de prévention les structures qui ne sont pas placées sous la tutelle des ARS, comme certains services de l'État, dont la médecine scolaire, et certains services des collectivités territoriales. Peu d'ARS se sont emparées des outils de stratégie régionale de prévention, bien que ceux-ci soient définis par des textes réglementaires (lesquels ne précisent sans doute pas assez qui est impliqué et pour faire quoi).

La coordination stratégique consiste à impulser, contractualiser, évaluer et attribuer des moyens. On constate des différences d'actions selon les ARS : certaines préfèrent répartir les moyens attribués à un grand nombre d'acteurs, alors que d'autres mènent des projets de structuration de la prévention sur plusieurs années.

Les CCPP sont un outil du pilotage, qui n'est pas ouvert aux offreurs de soins. Leurs principaux membres sont l'Éducation Nationale, les PMI, les conseils départementaux, quelques communes, la DRAC ou la DGTS etc....

7.4 Sur les ressources humaines et la formation

Les constats sont les suivants :

- Un paradoxe : il y a à la fois une pénurie et une pléthore d'intervenants.
- Les métiers de la prévention sont mal perçus, peu visibles, mal reconnus par les pouvoirs publics, notamment par les autorités sanitaires et par le public. Les personnes qui participent à la prévention et à la promotion de la santé le font le plus souvent à plein temps.
- Les acteurs sont cloisonnés, parfois mis en concurrence, il n'y a pas de transfert de compétences.

Le HCSP souligne l'absence de visibilité effective au regard de la multiplicité des acteurs dans le champ de la prévention et promotion de la santé (professionnels de santé, de l'éducation, du secteur social ou associatif ou encore Instituts de veille). La coordination au niveau des parcours reste à renforcer, clarifier, simplifier en maintenant un accès pour tous et au plus proche des personnes en situation de vulnérabilité et perte d'autonomie. Le HCSP observe en parallèle, une montée en compétences qui émerge tant sur le champ de la santé publique (des médecins comme des paramédicaux), ou encore dans le domaine des sciences de l'éducation, des sciences humaines, des pratiques avancées (infirmier coordinateur de parcours complexe de soins...) et autres disciplines complémentaires, dans un contexte où la reconnaissance en termes de statut, de missions transversales et de coordination sont nécessaires mais peu développées et non pérennes. Un manque de moyens en termes de ressources humaines qui reste à développer et qui fait souvent l'objet d'investissement important mais peu visible (l'exemple de l'infirmière scolaire ou du médecin du travail en nombre insuffisant pour pouvoir répondre aux multiples besoins observés pour

promouvoir la santé, la réduction des risques, la protection des personnes, la qualité de vie et de bien-être des enfants, étudiants et professionnels).

Certains professionnels très impliqués dans la prévention, comme les médecins du travail, de PMI, les médecins scolaires, les médecins de santé publique ne sont pas identifiés clairement en tant qu'acteurs de la prévention. La disparité des acteurs entraîne une nécessité de reconnaissance et de prise en compte de la singularité, même envers les bénévoles.

7.5 Formation

Un module de formation concernant la prévention et l'éducation thérapeutique du patient est introduit depuis 2009 dans la formation initiale des professions paramédicales suivantes : infirmiers, diététiciens, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, manipulateurs en électroradiologie, orthodontistes, orthoptistes, pédicures-podologues, psychomotriciens.

La prévention a une place extrêmement limitée dans le cursus de la formation initiale des études médicales, en particulier dans le domaine de la vaccination.

Au regard de ces différents constats, le HCSP identifie plusieurs axes clés à développer avec comme principal levier d'action la formation initiale des professionnels de santé sur un mode pluridisciplinaire et pluriprofessionnel, favorisant l'émergence d'une culture commune avec un haut niveau de compétence, une recherche scientifique favorisant l'amélioration des pratiques soignantes avec une coordination des étudiants en santé, une connaissance des acteurs et des structures sur les territoires et l'émergence de nouvelles professions, et des citoyens autonomes et responsables en relation à leur santé et le rôle des aidants naturels. Il convient donc de repenser un rapport au savoir, favorisant la pertinence, la sécurité et l'efficacité d'une stratégie en santé réactive et évolutive. L'émergence de la recherche multidisciplinaire est indispensable pour favoriser une évolution des pratiques professionnelles et proposer ainsi une offre de formation de référence et le développement d'une expertise en santé.

L'universitarisation [12] de la formation des professionnels de santé représente aussi un enjeu important (1,9 million de professionnels) avec depuis le 14 mars 2018²² un travail de concertation autour de 5 objectifs prioritaires qui font l'objet d'une simplification des modalités d'admission en formation ; la possibilité de constituer et de recruter des équipes d'enseignants-chercheurs en maïeutique, soins infirmiers, et réadaptation ; un cadre national simplifiant les relations institutionnelles et financières entre régions, instituts de formation, universités ; la mise en œuvre de formations aux nouveaux métiers comme les pratiques avancées infirmières dès la rentrée 2018 ; et une réflexion sur les référentiels incluant des temps de formation communs à plusieurs filières tels le service sanitaire (rapport Stéphane Le Bouler)²³.

L'instauration à venir, d'un service sanitaire pour tous les étudiants en santé accompagne le virage préventif préconisé par le HCSP et constitue un axe prioritaire de la SNS 2018-2022. Loïc Vaillant,

²²https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Actus/55/8/DP_L_UNIVERSITARISATION_DES_FORMATIONS_EN_SANTE_912558.pdf

²³ <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid127762/universitarisation-des-formationen-de-sante-lancement-du-comite-de-suivi.html>

dans son rapport sur le service sanitaire [13] précise qu'il est obligatoire pour les filières médicales et paramédicales dès la rentrée universitaire 2018-2019, entre autres pour les étudiants infirmiers, en médecine, en pharmacie, en odontologie, en maïeutique et en kinésithérapie (soit environ 47 000 étudiants). Le service sanitaire vise à initier dès la formation initiale aux enjeux de la prévention primaire avec la réalisation d'actions concrètes en interdisciplinarité par la réalisation de projets communs autour des comportements favorables à la santé encadré par des évaluations validantes (phase de préparation, réalisation et retour d'expérience). Ce véritable changement culturel demande un réel accompagnement avec une préparation à la dimension éthique, l'acquisition de contenus de formation spécifiques, des compétences méthodologiques sur la prévention primaire et l'acquisition de compétences psychosociales visant à réduire les inégalités de santé. Les lieux de vie, comme les écoles, collèges, lycées et universités sont à privilégier dans un premier temps avec l'appui des infirmiers et des médecins de l'Éducation nationale.

En ce qui concerne la formation continue et le développement professionnel continu des acteurs de santé, le virage préventif implique un accompagnement au changement et un accompagnement méthodologique des équipes pluriprofessionnelles favorisant l'interdisciplinarité. L'approche populationnelle et l'exercice coordonné demandent des compétences multidisciplinaires (démarche relationnelle, pédagogique, de médiation et de communication), avec une expertise en santé publique et en sciences humaines et sociales (SHS). De nettes évolutions sont relevées en éducation thérapeutique depuis 2010.

7.6 Sur le système d'information

Le HCSP souligne l'absence d'un système comportant les données individuelles nécessaires à la prise en charge préventive et au suivi des patients, une fragmentation de ces données par offreurs de prévention, un manque de standardisation des données,... (ex PMSI et facteurs de risque).

De nombreuses données existent qui décrivent l'état de santé de la population et ses déterminants, mais elles sont généralement dispersées et difficilement utilisables pour la décision en santé. Par ailleurs, la situation est également très hétérogène entre les régions. Il n'existe pas d'information précise et exhaustive relative aux interventions de prévention conduites dans les territoires.

Le DMP a donné lieu à un investissement proche du milliard d'euros^{24,25}. Le principe est que le patient est porteur de son DMP *via* la carte Vitale. Il est accessible à tous les professionnels de santé.

À ce jour, le DMP ne recueille aucune information concernant les actions de formation des individus. Les données de vaccination, dépistage, activité physique ou autres ne figurent pas dans le DMP voire sont stockées dans des systèmes différents (carnet de vaccination électronique, base des centres de gestion des dépistages, etc).

Il n'est ainsi pas possible pour les individus comme pour les professionnels de santé qui les accompagnent de retracer simplement un parcours préventif.

²⁴https://fichiers.acteurspublics.com/redac/pdf/2018/2018-04_10_ccomptes_rapport_cout_dossier_medical_personnel_2012.pdf

²⁵ https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2018.pdf

7.7 Sur la recherche et l'évaluation

Une politique de santé publique cohérente et efficace, doit s'appuyer sur les données de la recherche.

En effet, un des objets de la recherche interventionnelle et de l'innovation organisationnelle est d'identifier l'efficacité des dispositifs, leur transposabilité dans d'autres contextes et l'intérêt et les conditions de leur généralisation.

La recherche en prévention et promotion de la santé présente un certain nombre de faiblesses liées à la thématique, qui est complexe, car elle se réfère à de nombreux modes interventionnels différents. Les acteurs sont aussi divers. Tout cela nécessite de déplacer le centre de gravité de l'hospitalier vers son environnement (maladies chroniques, innovations organisationnelles, territoires de santé, SHS). L'adaptation des organisations et structures à ces enjeux nécessite un effort de structuration reposant sur l'évaluation d'innovations structurelles, organisationnelles ou interventionnelles.

Le HCSP relève une très forte carence en évaluation de ces expérimentations et l'absence de partage des bonnes pratiques en région et entre régions. Par ailleurs, si la question des liens avec la recherche est reconnue comme prioritaire dans ce domaine, les acteurs de terrain ne savent pas à qui s'adresser ou ne disposent pas en région des ressources expertes nécessaires à la mise en place de projets de recherche dans le domaine.

Cette carence en recherche est liée à plusieurs raisons.

- La première des raisons est liée à la thématique elle-même et la complexité des interventions dans ce domaine. En effet, dans ce domaine, les recherches doivent évaluer de nouveaux modes d'intervention, des innovations complexes techniques et/ou organisationnelles, hospitalières, ambulatoires, territoriales, sanitaires et sociales. Il est alors nécessaire de constituer un modèle de recherche qui ne se suffit plus à appliquer des méthodologies unidisciplinaires héritées de la médecine pour convoquer de multiples spécialités académiques (épidémiologie, bio-statistiques, sciences humaines, économiques et sociales, etc.) aujourd'hui difficilement assemblées dans les organisations actuelles, à l'exception de quelques initiatives locales et précaires (Cassiopée, Bordeaux ; Espace partagé de santé publique, Nice). Elle implique également les acteurs de diverses échelles du système de santé dans le déploiement des politiques de santé : les patients, les acteurs de terrain et les décideurs.
- La seconde raison est liée au manque de chercheurs dans le domaine. Ils sont confrontés à des difficultés importantes de nature statutaire. Les chercheurs en santé publique ne peuvent trouver un statut qu'au travers d'une carrière universitaire ou d'un poste de chercheur INSERM (ou un autre établissement public à caractère scientifique et technologique : EPST). Sur un plan universitaire la santé publique est dans un Conseil national des universités (CNU) médical et les postes sont hospitalo-universitaires "HU". Ce dispositif est peu adapté aux besoins en santé publique : le public est essentiellement constitué d'étudiants en médecine alors que de nombreux autres étudiants s'intéressent à la santé publique (sociologie, psychologie, sciences de l'éducation, sciences politiques, anthropologie, etc.) ; l'activité associée est exclusivement hospitalière alors que la santé publique porte sur la population générale. Cette situation pénalise de plus considérablement

les non médecins, en particuliers les étudiants issus des masters et des doctorats de santé publique et qui aujourd'hui n'ont pas accès à une carrière universitaire et aux étudiants faisant les frais de la massification des filières médicales. En effet, même si formellement, il n'est pas impossible pour un non médecin de postuler à de tels postes, l'expérience et la nécessaire activité hospitalière expliquent le caractère très exceptionnel de ce type de recrutement. Sur le plan de l'INSERM, où les postes sont rares, les critères de sélection des chercheurs principalement basés sur les publications et leur impact factor dans des revues médicales défavorisent considérablement les candidats de formation en SHS. Pourtant, les enseignements tirés de la recherche clinique et donc de la mobilisation hospitalière dans le domaine de la recherche sont précieuses. La structuration nationale avec des postes bivalents (PU-PH) impliqués dans les activités cliniques et un programme national de recherche spécifique (PHRC) sont les facteurs de succès du domaine. Il convient donc de repenser le système afin de développer une véritable recherche pluridisciplinaire en promotion de la santé et prévention sur les territoires et la mise en cohérence des travaux de recherche avec les besoins contextualisés des décideurs et des acteurs.

7.8 Sur la question des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) dans l'activité de prévention des offreurs de soin

Il existe en France de fortes inégalités face à la santé et la mort. À 35 ans, un homme ouvrier peut s'attendre à vivre 39 ans, alors qu'un homme cadre peut s'attendre à vivre 46 ans. À 35 ans, une femme ouvrière peut s'attendre à vivre 47 ans, alors qu'une femme cadre peut s'attendre à vivre 50 ans. Les différences d'espérance de vie se doublent par des différences d'incapacité : les ouvriers ont une vie plus courte et au sein de cette vie plus courte passent plus de temps en mauvaise santé. Le constat est que les principaux risques pour la santé et les leviers pour la promouvoir sont en grande partie sous le contrôle d'autres secteurs de la société (habitat, aménagement du territoire, éducation et formation, emploi, etc.), des secteurs public ou privé, des facteurs d'inégalité. Une stratégie de santé efficace requiert donc des leviers sur l'ensemble des déterminants sociaux et environnementaux de la santé.

Pour autant, le secteur des offreurs de soins a un rôle important à jouer pour réduire celles liés à l'accès aux soins et à la prévention.

À titre d'illustration, les centres d'examen de santé de la CNAM mettent en œuvre des examens de prévention de santé. Plus de 500 000 examens sont réalisés dans ces centres, lesquels peuvent aussi proposer des programmes d'éducation thérapeutique et une offre d'éducation en santé. Plus de la moitié des examens de prévention en santé réalisés dans ces centres le sont auprès de populations en vulnérabilité sociale.

8 PRINCIPES ET RECOMMANDATIONS

Le HCSP considère que le développement de la prévention chez les offreurs de soins se justifie dès lors que ces offreurs de soins se voient confier une responsabilité dans l'état de santé d'une population au côté des autres acteurs du système de soins et de la prévention d'un territoire. La

responsabilité populationnelle des offreurs de soins est ainsi un élément déterminant d'une politique visant à développer la prévention chez ces acteurs du soin et à améliorer globalement l'état de santé d'une population.

L'amélioration de l'état de santé d'une population est en effet la résultante de l'action concertée de différents acteurs comme des modifications des environnements.

8.1 Les objectifs à atteindre/le dispositif cible

8.1.1 Les évolutions nécessaires du système de santé

Les systèmes de santé ont été construits par adaptations successives aux besoins de la population. Le système de santé français a été construit au fil du temps par la nécessité de répondre à des grands enjeux concernant les maladies transmissibles (ex. la tuberculose), les maladies non transmissibles (ex. les cancers) puis les maladies aiguës nécessitant des soins ponctuels. Ainsi, les ressources du système de santé ont-elles été très majoritairement orientées vers les soins au détriment de la prévention comme l'a noté le HCSP dans ses travaux préparatoires de la stratégie nationale de santé.

De nombreux travaux existent concernant l'évolution des systèmes de santé. On peut citer les travaux de l'Organisation Mondiale de la Santé (WHO global strategy on people-centred and integrated health services) qui propose un modèle d'évolution des systèmes de santé autour de 5 axes stratégiques dont la coordination des services pour aboutir à des services intégrés (integrated health services)²⁶. Les services intégrés sont définis comme « La gestion et la prestation des services de santé de façon à ce que les personnes reçoivent un continuum de services de promotion de la santé, de prévention, de diagnostic, de traitement, de gestion des maladies, de réadaptation et de soins palliatifs, à travers les différents sites dans le système de santé et en fonction de leurs besoins tout au long de la vie »²⁷. Les fondements de cette approche sont les mêmes que ceux identifiés dans la SNS. Ainsi le rapport de l'OMS précise « Il est essentiel de s'attaquer aux causes comportementales et sociétales des problèmes de santé tels que le manque d'exercice, la mauvaise alimentation, le tabagisme et les risques environnementaux. Une action efficace dans ce domaine nécessite une réorientation radicale des services de santé et des secteurs connexes, un rééquilibrage des priorités entre le traitement et la prévention ». Ainsi l'axe stratégique 3 « Reorienting the model of care » propose de 1) Définir des services fondés sur les besoins de la population tout au long de la vie en respectant les préférences sociales, 2) revaloriser la promotion de la santé, la prévention et la santé publique, 3) construire un système fondé sur les soins primaires, 4) évoluer vers des prises en charge ambulatoires, 5) développer l'innovation et les nouvelles technologies (Annexe 2)²⁸. Ce modèle d'évolution des systèmes de santé s'inscrit dans la suite d'autres travaux préconisant une évolution du système de santé^{29, 30}. Il faut noter que ces éléments d'évolution du système de santé ont été proposé par le HCSP dans son rapport préparatoire de la SNS et se retrouvent dans la SNS.

²⁶ http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1&ua=1

²⁷ Integrated health service delivery networks: concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2011.

²⁸ http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/Overview_IPCHS_final.pdf?ua=1

²⁹ Kim JY, Farmer P, Porter ME. Redefining global health-care delivery. *Lancet*. 2013; 382 (9897): 1060–9.

8.1.2 Approche individuelle ou approche populationnelle

Les 2 approches ont été proposées puis opposées en prévention au regard de leur efficacité. Geoffrey Rose a ainsi défendu une approche populationnelle de la prévention au motif que le ciblage d'interventions préventives chez les personnes présentant un risque élevé de maladie aurait un effet minime sur la santé de la population. L'approche populationnelle propose que la réduction du risque de tous les membres de la population, indépendamment du risque de base, permettrait une efficacité plus importante en termes d'impact sur la santé d'une population³¹. Cette approche populationnelle a été ensuite critiquée³² pour défendre une action auprès des individus présentant des facteurs de risque et réintroduire ainsi une approche clinique de la prévention.

8.1.3 L'émergence de la responsabilité populationnelle des structures de soins

Le HCSP avait défendu dans son rapport « GHT et Santé Publique » la nécessité que les établissements de soins regroupés en groupements hospitaliers de territoires se voient confier avec les autres acteurs du territoire une responsabilité populationnelle, à savoir une responsabilité de l'état de santé de la population dans leur territoire

La notion de responsabilité populationnelle a été développée au Québec au début des années 2000 lors de la mise en œuvre de la réforme du système de santé. La Commission d'études sur les services de santé et les services sociaux recommandait, en 2001, une conception de l'organisation des services sociaux et de santé axée autour de l'idée d'une responsabilité populationnelle, assumée collectivement à l'échelle locale par le regroupement des établissements de première ligne. Dans la suite, cette approche était développée avec la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et le développement des réseaux locaux de services (RLS)³³.

La responsabilité populationnelle implique : l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné en :

- rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé pertinents, coordonnés, qui répondent de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population;
- assurant l'accompagnement des personnes et le soutien requis;
- agissant en amont, sur les déterminants de la santé.

Ainsi la prévention au sens de l'action sur les déterminants de santé est bien comprise dans le concept de responsabilité populationnelle, responsabilité populationnelle qui a été vue comme un objectif commun pouvant rassembler santé publique et médecine clinique³⁴.

En France, cette approche a été reprise dans le rapport établi par Bernadette Devictor « le service public territorial de santé (SPTS) le service public hospitalier (SPH) » établi en 2014 à la demande de

³⁰ Frenk, J. Reinventing primary health care: the need for systems integration. *Lancet*. 2009; **374**: 170–173

³¹ Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol* 1985; 14 : 32–38.

³² Charlton B. A critique of Geoffrey Rose's 'population strategy for preventive medicine. *J R Soc Med* 1995; 88 : 607–10.

³³ Béliveau.S, Roy D. Sauve J., et al. LE POINT SUR..., vol. 10, n° 2, 2014/09/01, pages 5-72,

³⁴ Denis Roy Par-delà la loi, renouveler les pratiques de la santé publique Sciences sociales et santé 2014/4 (Vol. 32)

la ministre en charge de la Santé³⁵. Plus récemment, la fédération hospitalière de France (FHF) a introduit la notion de responsabilité populationnelle dans sa plateforme de propositions et a constitué un groupe de travail d'établissements volontaires pour développer cette approche pour l'instant essentiellement centrée sur des pathologies chroniques et peu sur la prévention.

Enfin, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) vient de remettre un rapport plaidant pour une réforme radicale du système de santé³⁶. Cet avis s'appuie sur la nécessité de proposer des soins intégrant Prévention – Soins et prise en charge médico-sociale dans un réseau territorial fortement intégré.

Ainsi, le système de santé est appelé à évoluer pour mieux répondre aux besoins et aux attentes de la population comme l'a souligné le HCSP dans son rapport préparatoire à la SNS. Cette évolution vers le virage « préventif » doit se faire en coordination avec les autres activités du système de santé en organisant des propositions de services intégrés sur un territoire.

Les offreurs de soins doivent ainsi engager ce virage préventif en intégrant cette approche dans leur activité.

Les pratiques cliniques préventives sont déjà fréquentes chez les offreurs de soins, qu'il s'agisse de médecins exerçant dans des structures à exercice regroupé ou dans des services hospitaliers.

L'objectif de ce rapport est de proposer des pistes d'évolution pour structurer les pratiques préventives, améliorer leur qualité et leur pertinence, en articulation avec le secteur non-soignant.

8.2 Les principes

Sur la base de ce schéma cible, le HCSP fait des recommandations s'appuyant sur les principes suivants :

8.2.1 Sur le périmètre d'action

- Les concepts de promotion de la santé et de prévention (PPS) ne s'opposent pas.
- Le système de soins est intégré dans les axes stratégiques de la promotion de la santé (éducation à la santé, réorganisation des systèmes de santé, politique favorable à la santé). Les offreurs de soins contribuent donc à la promotion de la santé et cette responsabilité populationnelle doit être renforcée et partagée avec les autres opérateurs du territoire.
- Les activités de prévention des offreurs de soins se situent conceptuellement dans les 3 niveaux de prévention de l'OMS – primaire, secondaire, tertiaire. Dans la pratique, elles se rapprochent majoritairement de la définition des PCP.

8.2.2 Sur l'organisation de l'action

- Les acteurs œuvrant à la prévention sont nombreux et complémentaires. Il est important de ne pas mettre les différents acteurs dans et hors du système de soin en concurrence mais de mettre en synergie leur action en tenant compte de leurs contraintes et spécificités.

³⁵ http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Devector_-_Service_public_territorial_de_sante2.pdf

³⁶ http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/avis_hcaam_-_24_mai_2018.pdf

- Si une action de prévention présente un potentiel crédible (en termes de faisabilité, d'efficacité, de possible mise à l'échelle..), elle doit pouvoir être financée et évaluée pour apprécier une possible pérennisation.
- Les acteurs de prévention, quels qu'ils soient, doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement à la mise en œuvre d'actions de qualité.
- Les actions de prévention mises en œuvre et soutenues par la puissance publique doivent s'appuyer sur des modèles et données solides, être suivies et évaluées.
- Les territoires d'intervention doivent être lisibles pour chacun.
- Les partenariats avec les secteurs hors du système de santé et impliqués dans la promotion de la santé sont à encourager dans l'objectif de favoriser la santé dans toutes les politiques.

8.2.3 Sur le rôle des ARS

- Les directions de santé publique doivent également avoir une mission stratégique sur la santé de la population et ses déterminants.

8.2.4 Sur les métiers de la prévention

Le HCSP souligne le besoin de reconnaître et préciser les métiers de prévention en :

- Valorisant le titre de professionnel de la prévention.
- Appliquant les standards internationaux pour labelliser les différents intervenants médicaux (médecins inspecteurs, médecins conseils, médecins de l'Éducation nationale, praticiens hospitaliers, libéraux, etc.) et non médicaux.
- Élaborant un référentiel de compétences sur la base du travail européen (CompHP Core Competencies for Health Promotion)³⁷.
- Prenant en compte les enjeux autour de certains métiers de la prévention (Ex : animateur territorial, médiateur en santé, conseiller environnemental...).
- En créant un métier de Coordinateur de la prévention.

8.2.5 Sur le système d'information

Il est absolument nécessaire de disposer d'un système d'information partagé pour la prise en charge individuelle.

Sur le plan collectif, le système d'information concernant les activités de prévention doit être sous la responsabilité de chaque région. La base de données doit être à la disposition de l'ARS, et l'ARS doit avoir les moyens d'assurer cette responsabilité.

³⁷

http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/nerovnosti/2011/5._CompHP_Core_Competencies_Framework_for_Health_Promotion_Handbook_revised.pdf

9 LES RECOMMANDATIONS

Le HCSP considère que la responsabilité populationnelle des offreurs de soins est le socle du développement d'une politique de prévention destinée à améliorer l'état de santé de la population. Cette évolution doit être clairement indiquée aux offreurs de soins qui doivent la mettre en œuvre parallèlement à leurs actions de prévention cliniques.

Ainsi, il convient donc d'attribuer deux missions aux offreurs de soins :

- Le développement des pratiques cliniques préventives ou soins de santé préventifs,
- Une responsabilité populationnelle renforcée et partagée avec les autres opérateurs du territoire.

Le HCSP propose 6 recommandations majeures qu'il juge majeures pour mettre en place et structurer une politique de prévention et de promotion de la santé dans le système de soin. Elles se déclinent sous la forme de mesures opérationnelles assorties d'exemples et d'initiatives identifiées sur les territoires.

Un plan d'action pourrait être mis en place en 2 ans permettant d'engager fortement les offreurs de soins dans le champ de la prévention.

Ainsi, pour chacune de ces 6 recommandations, le HCSP propose un délai de mis en œuvre et a identifié la structure à qui pourrait être confiée cette prise en charge.

Recommandation 1 – Impliquer les acteurs de l'offre de soins autour de 8 missions essentielles de prévention et promotion de la santé.

Quatre mesures la déclinent.

Mesure 1.1 – L'ARS confie aux offreurs de soins la réalisation de 8 missions essentielles de prévention.

Cette mesure peut être mise en œuvre dans les 18 mois.

| | | |
|---------------------------------|--|--|
| PRATIQUES CLINIQUES PREVENTIVES | Prévention systématisée et personnalisée | Etablissements de santé GHT Lieux d'exercices ambulatoires regroupés EPHAD Praticiens libéraux (non regroupés) |
| | Orientation, adressage | |
| RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE | Repérage, signalement | Etablissements de santé GHT Lieux d'exercices ambulatoires regroupés EPHAD En lien avec les services de santé à orientation préventive (PMI, santé scolaire, santé au travail) |
| | Relais d'évènements nationaux | |
| | Politique partenariale | |
| | Promotion de la santé des professionnels | |
| EXPERTISE | Suivi de la politique de Prévention | GHT CPTS En lien avec les services de santé à orientation préventive |
| | Recherche interventionnelle | |

❖ *Mission 1. Mettre en place une prévention personnalisée et systématisée en proposant à tous les patients qui le nécessitent une prévention personnalisée et systématisée lors d'une hospitalisation et/ou consultation*

➤ Cette prévention doit :

- prendre en compte les conditions de vie des patients,
- apporter des conseils généraux sur les habitudes de vie,
- proposer des interventions brèves reposant sur les recommandations internationales pour limiter les risques,
- s'assurer du suivi des vaccinations,
- proposer un dépistage si nécessaire (organisé ou spontané),
- repérer les déterminants sociaux ou environnementaux susceptibles d'influencer l'état de santé,
- repérer les facteurs de risques liés à une situation de vulnérabilité (surpoids, grossesse, situation sociale, expositions aux polluants, aux risques professionnels, aux facteurs de stress, etc.) ou à une pathologie (santé mentale, addictions, asthme, etc.),
- prendre soin des aidants et favoriser une démarche globale d'accompagnement et de médiation.

➤ Opérationnalisation de la mission pour les différents offreurs de soins

Acteurs concernés : Cette recommandation s'adresse à tous les offreurs de soins (Structure d'exercice collectif, établissements de santé dont EHPAD).

Mise en œuvre : cette démarche doit être proposée systématiquement selon un rythme à définir dans chaque structure en fonction de son activité.

Référentiel : les recommandations relatives à cet exercice (modalités et contenu), sont produites par la HAS ³⁸et communiquées à l'ensemble des offreurs.

- ❖ *Mission 2. Orienter et adresser en proposant au patient, si nécessaire, une prise en charge préventive spécifique, individuelle ou collective et en l'orientant vers des structures spécialisées internes ou externes à l'établissement, en assurant son suivi (addictologie, psychologie, diététique, activité physique adaptée, etc.).*

➤ Opérationnalisation de la mission pour les différents offreurs :

Acteurs concernés : tous les offreurs de soins.

Mise en œuvre :

Concrètement, il s'agit de :

- proposer systématiquement au patient lorsque cela est nécessaire d'être suivi dans une structure ou de suivre un programme ressource adapté à ses besoins (réseaux, cellules, dispositifs thématiques, équipes de liaison, consultations d'addictologie (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie : CSAPA) ou jeunes consommateurs, programmes d'ETP, programme d'activité physique adaptée, etc).
- suivre dans le temps ce recours et ses résultats.

Référentiel :

Chaque praticien et chaque soignant doivent pouvoir accéder facilement à un espace d'informations sur les structures/programmes existants sur le territoire avec a minima leurs coordonnées.

- ❖ *Mission 3. Contribuer au repérage et au signalement de situations de vulnérabilité potentiellement à risque en favorisant une réponse rapide et des actions de médiation et d'accompagnement.*

Opérationnalisation de la mission pour les différents offreurs :

Concrètement, il s'agit pour les offreurs, en cas de risques observés en consultation, de procéder selon la législation en vigueur à un signalement systématique en direction de l'ARS (la direction en charge de la sécurité sanitaire ou de la santé environnement) ou autres institutions compétentes afin d'enclencher les actions les plus appropriées (services de police, PMI, etc.). Ces signalements peuvent être par exemple : les cas de syndromes/pathologies liés à une exposition environnementale (saturnisme), les intoxications en cluster, la protection de l'enfance, les services de police en charge des violences conjugales, etc.

³⁸ La HAS inscrit les activités et pratiques cliniques de prévention dans ses travaux sur les parcours de santé des personnes. Cette action se traduit dans les guides de pratique clinique, les recommandations de bonne pratiques cliniques et les recommandations concernant les stratégies de dépistage. A titre d'exemple la HAS a engagé des travaux sur la consultation de prévention à âge fixe (femme de 25 ans), la promotion et la prescription d'activité physique adaptée, la stratégie santé sexuelle, l'actualisation du parcours BPCO et insuffisance respiratoire chronique, l'analyse médico-économique des traitements de l'HTA en amont d'une actualisation des recommandations, etc.

- ❖ *Mission 4. Être le relais d'évènements nationaux concernant la prévention en participant activement aux campagnes de communication grand public en relais des politiques de santé publique (Moi(s) sans tabac, Semaine de la vaccination, Octobre rose, Mars bleu, semaines ou journées centrées sur une pathologie, Semaine de la sécurité des patients....).*

➤ Opérationnalisation de la mission pour les différents offreurs :

Acteurs concernés : tous les offreurs de soins.

Mise en œuvre :

Concrètement, il s'agit de :

- Organiser au sein de la structure des actions relais des campagnes dans et hors les murs, en utilisant des supports de communication (*flyer*, affiche dans la salle d'attente, information orale, relais médiatique local) et en organisant des actions de communication spécifiques (vaccination collective, dépistage des mélanomes, conférences-débats tout public, etc.).
- Proposer à cette occasion une prise en charge spécifique à la campagne : consultation de sevrage tabagique, dépistage de pathologie, vaccinations

Référentiel :

Ils sont spécifiques aux campagnes, chacune disposant de son propre référentiel d'intervention et de communication.

- ❖ *Mission 5. Mettre en place une politique partenariale et intersectorielle de la promotion de la santé*

Opérationnalisation de la mission pour les offreurs :

Acteurs concernés : tous les offreurs de soins.

Mise en œuvre :

Concrètement, il s'agit de :

- Contractualiser avec d'autres acteurs du territoire exerçant dans le champ de la prévention (collectivités territoriales, services à orientation préventive, acteurs associatifs),
- Apporter une contribution experte (thématique, médicale, formative, etc.) et en termes de ressources matérielles (matériels, locaux, etc.) aux actions de prévention,
- Identifier les coordonnateurs des actions de prévention : GHT pour les établissements de santé, CPTS pour les acteurs libéraux

Pour les ARS il s'agit de :

- Assurer la cohérence et la complémentarité avec les autres acteurs de la PPS en veillant à une contractualisation équilibrée entre les offreurs de soins et les autres acteurs de la PPS,
- Eviter la multiplication des structures de coordination en s'appuyant sur l'existant (pour éviter la concurrence et les incohérences),
- Soutenir le développement d'actions hors les murs conduites par les offreurs de soins,
- Intégrer la promotion d'environnements favorables à la santé (cf. politique de développement durable dans les hôpitaux).

Référentiel :

L'ARS propose des contrats-type dans chaque territoire.

- ❖ *Mission 6. Promouvoir la santé des professionnels en s'engageant dans une démarche promotrice de santé et en déployant des actions à leur attention (établissements promoteurs de santé).*

Opérationnalisation de la mission pour les différents offreurs :

Acteurs concernés : établissements de santé.

Mise en œuvre :

Concrètement il s'agit de :

- Organiser au sein de l'établissement une politique propre au bien-être des professionnels en proposant par exemple des actions portant sur l'alimentation (offre alimentaire favorable à la santé), l'activité physique (accès et actions incitatives), les addictions : tabac (établissement sans tabac), alcool..., la vaccination (incitation, action collective),
- Aménager des locaux dédiés (espace de détente, verdure, etc.),
- Organiser ou faciliter des modes déplacements alternatifs (vélo, co-voiturage, etc.),
- Labelliser la structure : établissements promoteurs de santé, Maternités sans tabac, etc.

Référentiel :

Chaque label dispose de son référentiel qui peut être décliné dans chaque structure.

- ❖ *Mission 7. Contribuer au suivi de la politique de prévention et de promotion de la santé en produisant les indicateurs nécessaires.*

➤ *Opérationnalisation de la mission :*

Acteurs : départements d'information médicale des établissements de santé, tous les offreurs de soins.

Mise en œuvre :

Concrètement, il s'agit :

- Pour les offreurs de soins, de contribuer au recueil des données d'activité de prévention,
- Pour les départements d'information médicale des établissements qui en disposent, de recueillir et analyser les indicateurs permettant le suivi de la politique de promotion de la santé.

Référentiel :

L'ARS propose un tableau de suivi des actions de prévention mises en œuvre par les offreurs de soins.

Opérationnalisation de la mission pour les GST ou, à défaut aux GHT et CPTS. Concrètement, il s'agit pour les GST, ou à défaut GHT et CPTS, de contribuer à l'analyse des données produites dans le cadre des recommandations concernant la mise en place d'un système de santé, sur demande de l'ARS.

❖ *Mission 8 : Contribuer au développement de la recherche interventionnelle, des innovations organisationnelles et à l'évaluation des besoins en prévention et promotion de la santé.*

➤ Opérationnalisation de la mission pour les différents offreurs :

Acteurs concernés : CHU, tous les offreurs de soins.

Mise en œuvre :

Concrètement, il s'agit :

- Pour tous les offreurs de soins, d'initier et/ou de contribuer à ces projets, de nouer des partenariats avec des acteurs de la recherche, notamment dans le domaine des SHS.
- Pour les ARS, d'intégrer cette démarche avec les dispositifs régionaux de soutien aux politiques et aux interventions en prévention-promotion de la santé.
- Pour les CHU contribuer au soutien méthodologique et logistique au déroulement de ces projets, notamment en mobilisant les centres d'investigations cliniques : CIC (Inserm/CHU).

Référentiel :

Disponible ou à construire selon l'objet de la recherche.

Mesure 1.2 - Les offreurs de soins contribuent à ces 8 missions. Elles sont inscrites dans les projets d'établissements, les projets de santé des équipes de soins primaires, des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), des centres de santé et dans les projets médicaux partagés (PMP) définis au sein des GHT.

Mesure 1.3 – L'ARS finance les structures de soins, dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), et conditionne ce financement à la mise en œuvre de ces 8 missions.

Les actions de PPS mises en œuvre par les offreurs de soins font l'objet d'un suivi distinct de celui de leur activité principale.

Mesure 1.4 - Ces missions sont prises en compte dans la certification des établissements de santé.

La HAS intègre au minimum l'évaluation des missions 1, 2 et 3 lors de la prochaine version de la certification.

Recommandation 2 – Identifier et reconnaître les acteurs et structures impliqués dans la prévention et la promotion de la santé sur les territoires

Trois mesures la déclinent.

Mesure 2.1 - Les ARS recensent les acteurs et les structures impliqués dans la promotion de la santé et la prévention sur les territoires.

Ce recensement peut être engagé dès janvier 2019 dans chaque région en s'appuyant sur les Conseils territoriaux qui connaissent les acteurs qu'ils financent, et pas nécessairement l'ensemble des acteurs.

Ce recensement doit être mis à disposition de l'ensemble des acteurs.

Mesure 2.2 – Définir les métiers intervenant dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé

L'Inpes avait identifié de nombreux métiers en lien avec la PPS.

L'intervention de ces professionnels parmi les offreurs de soins dont les offreurs de soins publics oblige à identifier des métiers spécifiques en lien avec les dispositifs officiels.

Il serait important de disposer dans les 2 ans à venir d'un référentiel « métier » en prévention et de mettre en œuvre les formations nécessaires.

Mesure 2.3 – Développer, dès la formation initiale des professionnels de santé, grâce notamment au service sanitaire, une formation pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle, de la promotion de la santé et de la prévention

Les universités en général et les facultés de médecine ou de santé sont en charge de cette formation initiale en promotion de la santé et en prévention.

La mise en place du service sanitaire dès septembre 2018 favorise le déploiement de ces formations.

Le service sanitaire doit être l'occasion de développer les interactions entre les offreurs de soins, les associations travaillant dans le champ de la PPS et les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IReSP).

Recommandation 3 – Développer et soutenir une recherche en prévention et promotion de la santé.

Sept mesures la déclinent.

Mesure 3.1 –Créer au moins un poste ayant une valence universitaire et extrahospitalière dédié à la prévention et à la promotion de la santé dans chaque pôle hospitalo-universitaire. Ce poste associe l'université et des établissements/institutions de santé publique (ARS, agences, associations, collectivités).

Le ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche développe cette mesure permettant d'accompagner le développement de la prévention chez les offreurs de soins.

Cette mesure doit s'intégrer dans les dynamiques et les orientations régionales en terme de santé publique, ce qui implique la nécessité d'impliquer des partenaires non hospitaliers dans sa mise en œuvre.

Mesure 3.2 – Réviser le statut hospitalo-universitaire induit par l’ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 introduisant la possibilité d’une valence santé publique en complément de la valence UH.

Mesure 3.3 – Inciter des non médecins à accéder à des postes hospitalo-universitaires (cf. supra) pour développer l’interdisciplinarité (à dispositif juridique constant).

Mesure 3.4 - Développer l’enseignement de la recherche interventionnelle en prévention et promotion de la santé dans les cursus de formation des professionnels de santé.

Mesure 3.5 - Mettre en œuvre les CeRRESP (centres régionaux de recherche et d’expertise en santé publique) en appui des ARS, collectivités territoriales et autres acteurs.

Les CeRRESP visent à développer l’expertise scientifique et les travaux de recherche répondant à des besoins spécifiques (suivi des systèmes d’information, évaluation des programmes, pratiques et innovations organisationnelles). Ils favorisent le transfert de connaissances et l’échange de bonnes pratiques entre chercheurs et décideurs.

Les CeRRESP, cités dans le projet stratégique de la Direction générale de la santé, pourraient être créés dans chaque région pour favoriser l’interaction entre recherche et décideurs ou institutions. Les premiers appels d’offre pourraient être lancés dès 2020.

Les CeRRESP doivent se coordonner avec les dispositifs d’appui existants et notamment les IReSP.

Mesure 3.6 - Attribuer des financements pérennes ou pluriannuels suffisants pour le développement d’une recherche de qualité en santé publique.

Le plan national de recherche en santé publique (prévu par la SNS) et des programmes de recherche en santé publique locaux co-pilotés avec les ARS (déclinaison régionale du PNRSP) doivent permettre aux offreurs de soins de participer à la recherche en prévention.

L’institut de recherche en santé publique (IReSP) qui coordonne les appels à projets pour plusieurs financeurs (DGOS, DGS, CNAM,.....) doit mobiliser par des financements récurrents les structures de recherche sur ces thèmes.

Mesure 3.7 - Flécher une partie des financements relatifs à l’article 51 de la LFSS 2018 sur les innovations organisationnelles en prévention.

Recommandation 4 - Structurer, en région, l’organisation territoriale des missions de prévention et promotion de la santé des offreurs de soins

Huit mesures la déclinent.

Mesure 4.1 - Définir clairement les différents niveaux territoriaux de décision, d’organisation et d’action à mettre en place.

Concrètement :

- *Le territoire de décision* est celui relatif au pilotage stratégique et politique de la politique de prévention et de promotion de la santé. Il définit les grands axes d’intervention, situe chaque

opérateur à son juste niveau et dans son périmètre d'action spécifique. Il définit les processus d'organisation, d'évaluation et de suivi de la politique. Il est celui de l'ARS.

- *Le territoire d'organisation* rassemble et coordonne les acteurs ou opérateurs autour des grandes fonctions de la politique de prévention et de promotion de la santé (recherche, système d'informations, définition des niveaux d'intervention en prévention et modalités d'articulation des acteurs, etc.). Il est le territoire où se rassemblent les données nécessaires au suivi de la politique par type d'offreurs.
- *Le territoire d'action* est un territoire de proximité situé au plus proche du patient ou de l'utilisateur. C'est le territoire du parcours de santé dans lequel chaque patient s'inscrit. C'est un territoire de mise en œuvre et d'intervention (prise en charge coordonnée, contrat local de santé, Paerpa, etc.).

Mesure 4.2 - Définir, dans chaque région et sur chaque territoire, une politique de promotion de la santé par le biais du programme régional de santé (PRS).

Cette politique de prévention doit inclure les offreurs de soins et notamment les établissements de santé, les établissements médicosociaux, les EHPAD, les lieux d'exercices regroupés et les services à orientation préventive (PMI, santé scolaire et universitaire, médecine du travail, centre d'examen de santé).

La mise en œuvre de cette mesure est réalisée par les ARS.

Mesure 4.3 – Définir, à partir des différents niveaux territoriaux, une organisation cohérente de la prévention.

Les ARS conduisent cette réflexion dans chaque région qui pourrait aboutir dans les 2 ans à une organisation claire et cohérente pour l'ensemble des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé.

Cette organisation est précisée dans tous les PRS.

Mesure 4.4 – créer une instance de coordination dédiée à la prévention permettant une coordination stratégique de la politique de prévention dans et hors milieu de soins.

La commission de coordination des politiques publiques (CCPP) n'a pas de rôle de pilotage stratégique.

Cette instance de coordination de la prévention et de la promotion de la santé permettrait des échanges entre les différents intervenants dans ce champ y compris les offreurs de soins.

Cette instance est ouverte aux GHT et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) au titre des offreurs de soins.

La mise en œuvre de cette mesure est réalisée par le ministère en charge de la santé.

Mesure 4.5 – Intégrer systématiquement les offreurs de soins dans les contrats locaux de santé (CLS) ou les projets territoriaux de santé conduite par les conseils territoriaux de santé (CTS).

Les ARS et les collectivités territoriales associent systématiquement les offreurs de soins à l'élaboration et la signature des contrats locaux de santé.

À défaut, les offreurs de soins contractualisent sur leur territoire d'action avec les autres opérateurs, y compris ceux ne relevant pas du secteur sanitaire (milieu scolaire, services environnements, secteurs associatifs, secteur médico-social, etc.), afin d'assurer la mise en œuvre des 8 missions essentielles de prévention.

Mesure 4.6 – Créer au sein des hôpitaux et/ou des GHT, une structure (service, pôle, etc.) de prévention en charge de l'application des 8 missions de prévention dans le cadre du projet d'établissement, animé par un praticien de santé publique.

Concrètement : Il s'agit de créer par exemple un service en charge d'impulser, faciliter la mise en œuvre des 8 missions. Interface entre l'établissement de santé et les acteurs externes, il favorise les partenariats autour de ces 8 missions. Enfin, il assure le suivi et l'évaluation interne de ces missions.

Les directions d'établissements (établissement support ou on) sont incitées à la création de telles structures lors de l'élaboration des projets d'établissement ou des projets médicaux partagés pour les GHT.

Mesure 4.7 – Mettre en place à l'échelle territoriale locale, des référents de prévention (ou animateurs de prévention).

Ces médiateurs ou navigateurs de prévention sont identifiés et financés par l'ARS et chargés au sein du territoire de proximité de mettre en relation l'ensemble des acteurs mobilisables dans une prise en charge préventive qu'ils soient du domaine du soin, du médico-social, associatif, etc.

Concrètement : le médiateur ou navigateur, est un professionnel qui fait le lien entre les différents intervenants chargés d'accompagner des patients. Il participe à l'évaluation des besoins médicaux et sociaux du patient en collaboration avec les médecins traitants, les praticiens hospitaliers, les professionnels de la prévention, mais également les structures sanitaires, sociales et médico-sociales. Il élabore un plan de prise en charge et d'accompagnement, et ce, de manière continue dans le temps. Il anime les équipes intervenant auprès des patients.

Ces référents prennent en compte les contextes locaux et notamment les structures existantes comme les réseaux territoriaux de promotion de la santé qui peuvent exister sur certains territoires.

Mesure 4.8 – Élargir les missions d'appui en prévention et promotion de la santé des dispositifs régionaux de soutien aux politiques et aux interventions en prévention et promotion de la santé.

Les DAPS (cf. partie acteurs de prévention hors système de soins) peuvent permettre le développement de la prévention par les offreurs de soins. Ils peuvent contribuer à l'analyse des besoins, l'appui à la mise en œuvre de programmes organisés, la démarche qualité, au renforcement des compétences, au développement d'un annuaire des ressources.

Recommandation 5. Doter les offreurs de soins de référentiels nationaux de pratiques en prévention et promotion de la santé.

Trois mesures la déclinent

Les 3 mesures de cette recommandation devraient être mises en œuvre rapidement (1 an) par la HAS, Santé publique France et la Caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM).

Mesure 5.1 – Élaborer un référentiel de pratiques cliniques préventives.

L'Inpes a produit un référentiel de compétences en éducation et promotion de la santé. En pratique, ce référentiel s'est révélé difficile à faire adopter par les professionnels et les structures. Il conviendrait de la mettre en œuvre, après réactualisation si nécessaire.

La HAS doit proposer aux professionnels de santé et plus largement aux offreurs de soins un référentiel de pratiques cliniques préventives dont l'efficacité est avérée. Ce référentiel pourra servir de support à des évaluations, accréditations ou certifications, voir à des financements spécifiques (lettres clés spécifiques) permettant l'engagement des offreurs de soins.

Il existe un projet de nomenclature des actions de santé publique conduit par l'OMS (ICHI)³⁹.

Mesure 5.2. Élaborer un référentiel d'indicateurs permettant le suivi des facteurs de risques et des interventions de prévention.

Ces indicateurs permettront d'accompagner les offreurs de soins dans la mise en œuvre de mesures de prévention tant à l'échelon individuel (pratiques cliniques préventives) que populationnel (ex : statut vaccinal individuel, taux de vaccination sur un territoire, consommation de substances psychoactives, tabagisme, données anthropométriques...).

Santé publique France a mis en place au niveau régional des indicateurs thématiques permettant de suivre les évolutions et l'impact des politiques publiques de santé.

Une collaboration entre les CIRE de Santé publique France et les ARS doit permettre de définir des indicateurs pertinents pour suivre les interventions en prévention.

Mesure 5.3 – Élaborer un référentiel de données de prévention devant figurer dans le DMP.

Concrètement : Le DMP doit contenir des données relatives à des mesures de prévention. Ces données et leurs modalités de recueil doivent faire l'objet d'un référentiel élaboré par la HAS et être communiquées à l'ensemble des professionnels de santé.

Recommandation 6 - Faire évoluer le système d'information pour faciliter la mise en œuvre d'actions de prévention par les offreurs de soins

Trois mesures la déclinent.

Mesure 6.1–Faire évoluer le DMP vers un système intégré comprenant les données de prévention individuelle et les données produites par les services de soins à orientation préventive.

L'Agence française de la santé numérique (ASIP Santé) et les opérateurs du DMP intègrent des données de prévention (vaccinations, participation à des dépistages, etc.) comme données du DMP.

³⁹ <http://www.who.int/classifications/ichi/en/>

Mesure 6.2 - Mettre en place dans chaque région une base interrogeable multi-sources contenant des informations relatives à la prévention.

Les ARS renseignent dans la base OSCARS (Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé) nationale les actions de prévention réalisées par les offreurs de soins dans chacune des régions.

Cette base de données doit être réalisée sur la base d'un cahier des charges permettant de les décrire de manière standardisée (cf. Inspire-ID, OSCARS).

Ces bases doivent intégrer l'ensemble des données agrégées disponibles relatives à la santé, à ses déterminants et à l'activité du système de santé, de préférence avec une déclinaison infra territoriale.

L'objectif serait de disposer d'une base OSCARS recensant les actions de prévention conduites par les offreurs de soins dans toutes les régions sous 2 ans. Ces actions et missions rentrant dans le cadre d'une contractualisation et d'un financement, elles doivent être renseignées dans la base nationale régionalisée en contrepartie.

Les ARS sont incitées à utiliser et renseigner le même base de données OSCARS permettant ainsi des échanges d'expériences sur l'ensemble du territoire.

Mesure 6.3- Définir un tableau de bord régional permettant de déterminer les besoins de la population et de suivre les politiques de prévention.

Ce tableau de bord élaboré à un niveau national (ministère de la santé) est décliné et adapté pour chaque ARS.

Les ARS, les CIRE (Cellules d'intervention en région) et Santé publique France définissent les indicateurs utilisés dans ce tableau de bord régional.

Recommandation 7 – Mettre en place à moyen terme, au sein des territoires, des pôles d'animation et de coordination territoriaux en santé (PACTeS).

L'efficacité des mesures de prévention sur un territoire suppose l'action concertée de l'ensemble des acteurs. L'organisation actuelle opposant des secteurs d'activité est préjudiciable à cette efficacité.

À terme, une structure de coordination territoriale forte axée sur la santé de la population et intégrant les CPTS et les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) permettra afin de mieux coordonner les actions avec le secteur ambulatoire, les acteurs de la prévention hors du système de soins. Ces pôles coordonneront opérationnellement sur leur territoire, et selon les orientations stratégiques définies en région par l'ARS, la politique de prévention faite par l'ensemble les offreurs de soins.

Ces pôles d'animation et de coordination territoriaux comprennent l'ensemble des acteurs dont les offreurs de soins.

Tableau récapitulatif

| Recommandations | Mesures | Pilote | Temporalité |
|---|--|------------|---------------------------|
| <p>Recommandation 1</p> <p>Impliquer les acteurs de l'offre de soins autour de 8 missions essentielles de prévention et promotion de la santé.</p> | <p>Mesure 1 – L'ARS confie aux offreurs de soins la réalisation de 8 missions essentielles de prévention.</p> | <p>ARS</p> | <p>D'ici janvier 2020</p> |
| | <p>Mission 1. Prévention personnalisée et systématisée.</p> <p>Mission 2. Orientation, adressage.</p> <p>Mission 3. Repérage et signalement.</p> <p>Mission 4. Relais d'évènements nationaux .</p> <p>Mission 5. Politique partenariale.</p> <p>Mission 6. Promotion de la santé des professionnels.</p> <p>Mission 7. suivi de la politique de prévention.</p> <p>Mission 8. recherche interventionnelle.</p> | | |
| | <p>Mesure 2 - Les offreurs de soins contribuent à ces 8 missions. Elles sont inscrites dans les projets d'établissements, les projets de santé des équipes de soins primaires, des maisons de santé pluri-professionnelles, des centres de santé et dans les projets médicaux partagés (PMP) définis au sein des GHT.</p> | | |
| | <p>Mesure 3 - Un financement par l'ARS des structures, dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, est conditionné à la mise en œuvre de ces 8 missions.</p> | | |
| | <p>Mesure 4 - Ces missions sont prises en compte dans la certification des établissements de santé.</p> | | |
| <p>Recommandation 2</p> | <p>Mesure 1 - Pour favoriser une meilleure</p> | <p>ARS</p> | <p>Courant 2019</p> |

| | | | |
|--|---|---|--------------------|
| Identifier et reconnaître les acteurs et structures impliqués dans la prévention et la promotion de la santé sur les territoires | connaissance, les ARS recensent les acteurs et les structures impliqués dans la promotion de la santé et la prévention sur les territoires. | | |
| | Mesure 2 – Définir les métiers intervenant dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé. | Santé publique France | |
| | Mesure 3 – Développer, dès la formation initiale des professionnels de santé, grâce notamment au service sanitaire, une formation pluridisciplinaire et pluri-professionnelle, de la promotion de la santé et de la prévention. | Universités | |
| Recommandation 3 Développer et soutenir une recherche en prévention et promotion de la santé. | Mesure 1 –Créer au moins un poste ayant une valence universitaire et extrahospitalière dédié à la prévention et à la promotion de la santé dans chaque pôle hospitalo-universitaire | Ministère chargé de l'Enseignement supérieur et de la recherche | Dans les trois ans |
| | Mesure 2 – Réviser le statut hospitalo-universitaire induit par l'ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 introduisant la possibilité d'une valence SP en complément de la valence H | | |
| | Mesure 3 – Inciter des non médecins à accéder à des postes hospitalo-universitaires | | |
| | Mesure 4 - Développer l'enseignement de la recherche interventionnelle en prévention et promotion de la santé dans les cursus de formation des professionnels de santé. | | |
| | Mesure 5 - Mettre en œuvre les CeRRESP (centres régionaux de recherche et d'expertise en santé publique) en appui des ARS, collectivités territoriales et autres acteurs. | | |
| | Mesure 6 - Attribuer des financements pérennes ou pluriannuels suffisants pour le développement d'une recherche de qualité en santé publique et prévention. | DGS/DGOS, DGS/IReSP | |

| | | | |
|---|---|--|--------------|
| | Mesure 7 - Flécher une partie des financements relatifs à l'article 51 de la LFSS 2018 sur les innovations organisationnelles en prévention. | | |
| Recommandation 4 Structurer, en région, l'organisation territoriale des missions de prévention et promotion de la santé des offreurs de soins | Mesure 1 - Définir clairement les différents niveaux territoriaux de décision, d'organisation et d'action à mettre en place. | ARS | 2020 |
| | Mesure 2 - Définir, dans chaque région et sur chaque territoire, une politique de promotion de la santé par le biais du programme régional de santé (PRS). | | |
| | Mesure 3 – Définir, à partir des différents niveaux territoriaux, une organisation cohérente de la prévention. | | |
| | Mesure 4 – Créer une instance de coordination dédiée à la prévention permettant une coordination stratégique de la politique de prévention dans et hors milieu de soins. | | |
| | Mesure 5 – Intégrer systématiquement les offreurs de soins dans les contrats locaux de santé (CLS) ou les projets territoriaux de santé, conduite par les conseils territoriaux de santé (CTS). | ARS, collectivités territoriales | |
| | Mesure 6 – Créer au sein des hôpitaux et/ou des GHT, une structure (service, pôle, etc.) de prévention en charge de l'application des 8 missions de prévention dans le cadre du projet d'établissement, animé par un praticien de santé publique. | Directeurs d'hôpitaux, établissements supports | |
| | Mesure 7 – Mettre en place à l'échelle territoriale locale, des référents de prévention (ou animateurs de prévention). | ARS | |
| | Mesure 8 – Élargir les missions d'appui en prévention et promotion de la santé des dispositifs régionaux de soutien aux politiques et aux interventions en prévention et promotion de la santé. | ARS | |
| Recommandation 5 Doter les offreurs de | Mesure 1 – Élaborer un référentiel de pratiques cliniques préventives. | HAS/Santé publique France | Dans l'année |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|---------------|
| soins de référentiels nationaux de pratiques en prévention et promotion de la santé | Mesure 2. Élaborer un référentiel d'indicateurs permettant le suivi des facteurs de risques et des interventions de prévention. | HAS | Deux ans |
| | Mesure 3 – Élaborer un référentiel de données de prévention devant figurer dans le dossier médical partagé (DMP). | HAS/CNAM/ASIP santé | Deux ans |
| Recommandation 6 Faire évoluer le système d'information pour faciliter la mise en œuvre d'actions de prévention par les offreurs de soins. | Mesure 1–Faire évoluer le DMP vers un système intégré comprenant les données de prévention individuelle et les données produites par les services de soins à orientation préventive. | ASIP santé | |
| | Mesure 2 - Mettre en place dans chaque région une base interrogeable multi-sources contenant des informations relatives à la prévention. | ARS/ base OSCARS nationale | |
| | Mesure 3- Définir un tableau de bord régional permettant de déterminer les besoins de la population et de suivre les politiques de prévention. | ARS/CIRE/Santé publique France | |
| Recommandation 7 Mettre en place à moyen terme, au sein des territoires, des pôles d'animation et de coordination territoriaux en santé (PACTeS). | | ARS/DGOS/DGS | à moyen terme |

10 CONCLUSION

Le développement de la prévention chez les offreurs de soins représente un des défis de la Stratégie Nationale de santé publiée par le gouvernement en décembre 2017. Dans son rapport préliminaire à l'élaboration de la SNS, le Haut Conseil de la santé publique avait insisté sur la nécessité du « virage préventif » que devait prendre le système de soins français.

Dans ce rapport, établi à la demande de la Direction Générale de l'Offre de Soins et de la Direction Générale de la Santé, le HCSP propose des pistes d'action pour une mise en œuvre effective de cette réorientation du système de soins. Cette évolution repose sur des principes rappelés dans le rapport et qui visent à évoluer vers des services plus intégrés en confiant aux offreurs de soins une responsabilité populationnelle, c'est-à-dire, la nécessité de partager des objectifs d'amélioration de la santé d'une population sur un territoire avec d'autres acteurs de ce territoire.

Cette évolution est majeure car, après une période de 10 ans durant laquelle les établissements ont été mis en concurrence sur un territoire avec des impératifs d'efficacité remplaçant progressivement la notion de service rendu, il doit être demandé aux offreurs de soins de coopérer pour améliorer l'état de santé de la population.

Pour réussir cette évolution, le système de soins devra convaincre les différents acteurs de la pertinence de cette démarche, démontrer l'intérêt de la coopération de tous les acteurs, former ceux-ci à la prévention et à la promotion de la santé et trouver un modèle de financement permettant de répondre à ces nouveaux enjeux.

Les recommandations proposées par le HCSP peuvent être appliquées très rapidement pour certaines d'entre elles, plus difficilement pour d'autres. Elles constituent toutefois un ensemble cohérent qu'il conviendra d'appliquer dans son intégralité pour bénéficier de sa pleine efficacité.

Références

Un certain nombre de références ou de liens internet sont données en notes de bas de page.

Sont données ci-dessous, des références complémentaires notées dans le texte.

[1] OMS. Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. Genève: Organisation mondiale de la santé; 1978.

[2] Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *Int J Health Policy Manag.* 4 févr 2015;4(2):61 4.

[3] Gordon RS. An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep.* avr 1983;98(2):107–109.

[4] Foxcroft DR. Can Prevention Classification be Improved by Considering the Function of Prevention? *Prev Sci.* déc 2014;15(6):818 22.

[5] Marchand E, Stice E, Rohde P, Black Becker C. Moving from efficacy to effectiveness trials in prevention research. *Behav Res Ther.* 2011;49(1):32 41.

[6] OMS. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Genève: Organisation mondiale de la santé; 1986.

[7] OMS. La Charte de Bangkok pour la promotion de la sante à l'heure de la mondialisation [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2005. Disponible sur: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/

[8] Provost M-H, Moreault L, Cardinal L. Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques: revue de la littérature, mise à jour 2007-2014 [Internet]. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux; 2016 [cité 8 janv 2018]. 93 p. Disponible sur: <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-272-01W.pdf>

[9] USPSTF. The guide to clinical preventive services, 2014: recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. [Internet]. Rockville, Maryland: Agency for Healthcare Research and Quality; 2014 [cité 8 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/guide/cpsguide.pdf>

[10] Bourgueil Y., Le Fur P., Mousquès J., Yilmaz E. Coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2. Evaluation médico-économique de l'expérimentation Asalée Décembre 2008. 144 pages <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/BiblioResumeEtSommaire/2008/rap1733.htm>

[11] Kervasdoué J. de (dir.) (2010), Expérimentation de coopération entre médecins généralistes et infirmières en cabinet libéral. Analyse économique du dispositif ASALEE, CNAM, Paris.

[12] Rapport « Mission Universitarisation des formations paramédicales et de maïeutique ». Bilan intermédiaire de la concertation et propositions d'orientation, Stéphane Le Boulter, Février 2018.

[13] Rapport « Mise en œuvre du service sanitaire pour les étudiants en santé », Professeur Loïc Vaillant, Janvier 2018, 101 p.

Place des offreurs de soins dans la prévention, rapport du Haut Conseil de la santé publique. juillet 2018 70

Autres références

Nguyen-Thanh V., Haroutunian L, Lamboy B. Les dispositifs efficaces en matière de prévention et d'aide à distance en santé : une synthèse de littérature. Saint-Denis : Inpes, mars 2014 : 38 p."

Safon, M-O,.Economie de la prévention en santé, Bibliographie, Irdes, 2016, 173p

Safon, M-O,.Soins de santé primaires : les pratiques professionnelles en France, Bibliographie, Irdes, 2016, 281p

Mouette, C., Calvez, C., La participation de l'usager de santé, Dossier Documentaire, 2015, 59p

Calvez, C., La participation de l'usager de santé, Dossier Documentaire, 2017, 87p

J.-D.Lalau, S.Bernasconi, P.Sallé, G.Lambrey, F.Courtalhac, J.-M.Marcelli, J.-P.Vrand, V.Hourdin, S.Loison, J.-B.Virgitti, M.Etévé-van der Schueren, L.Valot, A.Lacroix, L.Cambon, Les pôles de prévention et d'éducation du patient de Picardie: Partie 1. L'historique du processus, Médecine des Maladies Métaboliques, no. 1 (2015): 73-79

Aromatario, Olivier. "E-Santé et Prévention Santé: Quelle Évaluation Pour Quels Types D'intervention?" In Annales Des Mines-Réalités Industrielles, FFE, 2017, 42–45.

Alami, H., Gagnon, M.-P., El-Kebir, G., & Fortin, J.-P. . La réorientation des services de santé et la promotion de la santé : une lecture de la situation. Santé Publique, 29(2), (2017) 179–184.

Birtwhistle, Richard, Neil R. Bell, Brett D. Thombs, Roland Grard, and James A. Dickinson. "Visites Médicales Préventives Périodiques : Une Meilleure Prestation Des Services de Prévention." Le Médecin de Famille Canadien 63 (2017). 449-451

Côté, Louis, and Françoise Alarie. "Guide Pour La Promotion de Milieux de Travail Sains Dans Les Établissements de Santé." Agence de santé et des services sociaux de Montréal, 2011. 245 p

Rey, Linda Olivia. "Évaluation Du Projet Hôpital Promoteur de Santé En Contexte de Périnatalité : Analyse Logique et Analyse D'implantation." Université de Montréal, 2014, 368 p

Référentiel CanMEDS : promoteur de la santé

Cambon, Linda, Laetitia Minary, Valéry Ridde, and François Alla. Un Outil Pour Accompagner La Transférabilité Des Interventions En Promotion de La Santé: ASTAIRE." Santé Publique 26, no. 6 (2014): 783–786.

Graham, Ross, Jennifer A. Boyko, and Shannon L. Sibbald. "Health Promoting Hospitals in Canada: A Proud Past, an Uncertain Future." Clinical Health Promotion 4, no. 2 (2014): 70–75.

Kehayia, Eva, Sara Ahmed, Philippe Archambault, Joyce Fung, Anouk Lamontagne, Bonnie Swaine, Dahlia Kairy, Guylaine Le Dorze, Hélène Lefebvre, and Tiiu Poldma. "La Santé, Élément Commun Des Politiques Publiques? L'expérience Canadienne." In Annales Des Mines-Réalités Industrielles, FFE, 2017, 82–85

Price, David, Elizabeth Baker, Brian Golden, and Rosemary Hannam. "Groupes de Soins: Un Nouveau Modèle de Soins Primaires À La Population de l'Ontario." Rapport Publié Au Nom Du Comité Consultatif D'experts En Matière de Soins Primaires, 2015.

Place des offreurs de soins dans la prévention, rapport du Haut Conseil de la santé publique. juillet 2018

Simos, Jean, and Nicola Luca Cantoreggi. "Vers Une Nouvelle Santé Urbaine? Les Enseignements À Tirer Après plus de 25 Ans de Villes-Santé OMS." *Urbia* 18 (2015): 21–38.

Villeneuve, Diane, Chantal Gosselin, Hawa Sissoko, Chantal Lacroix, and Mark Andrew Stefan. "Guide Pour L'intégration de La Promotion de La Santé Dans La Pratique Clinique Des Professionnels et Un Exemple D'application : Le Soutien À La Cessation Tabagique." Montréal (Québec): Agence de santé et des services sociaux de Montréal, 2010.

Richard, Lucie, Laurence Fortin-Pellerin, François Chiochio, Éric Litvak, François Champagne, and Nicole Beaudet. "Création de Connaissances Organisationnelles À La Suite D'une Intervention de Développement Professionnel En Centre de Santé et de Services Sociaux (CSSS) : Une Évaluation Des Laboratoires de Promotion de La Santé." *La Revue Canadienne D'évaluation de Programme* 31 (2016): 184–210.

Martin, Catherine, and Cora Brahim. "Référentiel de Compétences En Prévention et Promotion de La Santé et Des Services Sociaux Du Québec." Institut National de Santé Publique du Québec, 2014, 78 p

Goldenberg, Tamar, Sarah J. McDougal, Patrick S. Sullivan, Joanne D. Stekler, and Rob Stephenson. "Preferences for a Mobile HIV Prevention App for Men Who Have Sex With Men." *JMIR mHealth and uHealth* 2, no. 4 (October 29, 2014): e 47

Escoffery, Cam. "Gender Similarities and Differences for E-Health Behaviors Among U.S. Adults." *Telemedicine Journal and E-Health: The Official Journal of the American Telemedicine Association*, August 16, 2017.

McIntosh, J. R. D., S. Jay, N. Hadden, and P. J. Whittaker. "Do E-Health Interventions Improve Physical Activity in Young People: A Systematic Review." *Public Health* 148 (July 2017): 140–48

Leeman, Jennifer, Randall Teal, Jan Jernigan, Jenica Huddleston Reed, Rosanne Farris, and Alice Ammerman. "What Evidence and Support Do State-Level Public Health Practitioners Need to Address Obesity Prevention." *American Journal of Health Promotion* 28, no. 3 (2014).

Syred, Jonathan, Carla Naidoo, Sarah C. Woodhall, and Paula Baraitser. "Would You Tell Everyone This? Facebook Conversations as Health Promotion Interventions." *Journal of Medical Internet Research* 16, no. 4 (April 11, 2014): e108.

Newhouse, Nikki, Angela Martin, Sena Jawad, Ly-Mee Yu, Mina Davoudianfar, Louise Locock, Sue Ziebland, and John Powell. "Randomised Feasibility Study of a Novel Experience-Based Internet Intervention to Support Self-Management in Chronic Asthma."

Saint-Pierre, Louise, Marie-Claude Lamarre, and Jean Simos. "L'évaluation D'impact Sur La Santé (EIS): Une Démarche Intersectorielle Pour L'action Sur Les Déterminants Sociaux, Économiques et Environnementaux de La Santé." *Global Health Promotion* 21, no. 1_suppl (2014): 7–14.

Kemppainen, Virpi, Kertu Tossavainen, and Hannele Turunen. "Nurses' Roles in Health Promotion Practice : An Integrated Review." *Health Promotion International* 28, no. 4 (2012).

Abréviations

| | |
|--------|---|
| AAP | Appel à projets |
| ACI | Accord conventionnel interprofessionnel |
| ALD | Affection de longue durée |
| ANFH | Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier |
| ANISS | Agence des nouvelles interventions sociales et de santé |
| ANPAA | Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie |
| APHP | Assistance Publique - Hôpitaux de Paris |
| ARS | Agence régionale de santé |
| BDMA | Base de données médico-administratives |
| CBUM | Contrat de bon usage du médicament |
| CCPP | Commission de coordination des politiques publiques |
| CeGiDD | Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic |
| CESC | Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté |
| CHU | Centre hospitalo-universitaire |
| CHS | Centre hospitalier spécialisé |
| CIM | Classification internationale des maladies |
| CISS | Collectif interassociatif sur la santé |
| CLAT | Centre de lutte antituberculeuse |
| CLCC | Centre de lutte contre le cancer |
| CLIN | Comité de lutte contre les infections nosocomiales |
| CLSM | Conseil local de santé mentale |
| CNAM | Caisse nationale d'assurance maladie |

| | |
|----------|---|
| CNGOF | Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français |
| CNS | Conférence nationale de santé |
| COPIL | Comité de pilotage |
| COS | Cadre d'orientation stratégique |
| CPAM | Caisse primaire d'assurance maladie |
| CPEF | Centre de planification et d'éducation familiale |
| CPOM | Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens |
| CPTS | Communauté professionnelle de territoire |
| CREF | Contrat de retour à l'équilibre financier |
| CRSA | Conférence régionale de la santé et de l'autonomie |
| CS-3SP | Commission spécialisée « Système de santé et sécurité des patients » |
| CSP | Code la santé publique |
| CTS | Conseil Territorial de Santé |
| DGCS | Direction générale de la cohésion sociale |
| DGOS | Direction générale de l'offre de soins |
| DGS | Direction générale de la santé |
| DiRECCTE | Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi |
| DMP | Dossier médical personnel |
| DPC | Développement Professionnel Continu |
| EHESP | École des Hautes études en santé publique |
| EHPAD | Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes |
| ELSA | Équipe de liaison et de soins en addictologie |
| EMPS | Équipe mobile précarité santé |
| ENMR | Expérimentation de nouveaux modes de rémunération |

| | |
|------------|---|
| EPP | Evaluation des pratiques professionnelles |
| ESP | Equipes de soins primaires |
| ESPIC | Etablissement de santé privé d'intérêt collectif |
| ETP | Education thérapeutique du patient |
| FIR | Fonds d'intervention régional |
| FNES | Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé |
| FNPEIS | Fonds National d'Education et d'Information Sanitaire |
| FSM | Fédération des Spécialités Médicales |
| GHT | Groupement hospitalier de territoire |
| HAS | Haute Autorité de santé |
| HCAAM | Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie |
| HCSP | Haut Conseil de la santé publique |
| HPH | Health promoting hospitals |
| HPST | Hôpital, Patients, Santé, Territoires |
| HSPS | Hôpitaux et structures de santé promoteurs de santé |
| HTA | Hypertension artérielle |
| IHAB | Initiative hôpital ami des bébés |
| INSERM | Institut national de la santé et de la recherche médicale |
| Ireps | Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé |
| ISS / ISTS | Inégalités sociales (et territoriales) de santé |
| MAIA | Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie |
| MCO | Médecine, chirurgie, obstétrique |
| MERRI | Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation |
| MIGAC | Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation |

| | |
|---------|--|
| MOOC | Massive open Online Course |
| MSP | Maison de santé pluridisciplinaire |
| OGDPC | Organisme gestionnaire du Développement Professionnel Continu |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| PAEJ | Point accueil écoute jeunes |
| PAERPA | Programme personnes âgées en risque de perte d'autonomie |
| PASS | Permanence d'accès aux soins de santé |
| PCP | Pratiques cliniques préventives |
| PHRC | Programme hospitalier de recherche clinique |
| PMI | Protection maternelle et infantile |
| PMP | Projet médical partagé |
| PMSI | Programme de médicalisation des systèmes d'information |
| PNSP | Plan national de santé publique |
| PRAPS | Programme régional d'accès à la prévention et aux soins |
| PRS | Projet régional de santé |
| PSRS | Plan stratégique régional de santé |
| RESPADD | Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions |
| ROSP | Rémunération sur objectifs de santé publique |
| RPIB | Repérage précoce et intervention brève |
| SCHS | Services communaux d'hygiène et de santé |
| SFSP | Société Française de Santé Publique |
| SGMCAS | Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales |
| SHS | Sciences humaines et sociales |
| SI | Système d'information |
| SISA | Société interprofessionnelle de soins ambulatoire |

| | |
|---------|--|
| SNDS | Système national des données de santé |
| SNIIRAM | Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie |
| SNS | Stratégie nationale de santé |
| SpF | Santé publique France |
| SPIS | Service Public d'Information en Santé |
| SRS | Schéma régional de santé |
| SUMPPS | Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé |
| TDR | Test de diagnostic rapide |
| TROD | Test rapide d'orientation diagnostique |
| UNPS | Union nationale des professionnels de santé |
| URPS | Union régionale des professionnels de santé |

Méthodologie

La saisine du 30 juin 2017 a été précisée lors d'une réunion entre la DGS, la DGOS et le HCSP le 12 juillet 2017 : le Président du HCSP a adressé, le 17 août 2017, un courrier de 1ère analyse aux commanditaires et les échanges ont permis de retenir les principes d'une enquête auprès de 3 ARS, d'ouvrir le champ de la saisine aux professionnels libéraux et de permettre à la Cnamts de participer aux travaux.

Une restitution des premières orientations aux 2 commanditaires (DGOS, DGS) a eu lieu le 20 décembre 2017, une deuxième restitution a eu lieu le 4 mai 2018.

Auditions par groupe en ateliers sur 5 thèmes

Afin de pouvoir préparer leur contribution, les personnes contactées ont reçu une grille d'entretien ou une grille pour contribution écrite.

Pour faciliter la réflexion, les personnes sollicitées ont reçu également le document « Prévention, promotion de la santé, pratiques cliniques préventives, proposition de clarification pour situer la place des offreurs de soins en prévention », document de travail établi par Linda Cambon, Titulaire de la Chaire de Recherche en prévention des cancers INCa/IReSP/EHESP, dans le cadre des travaux du groupe.

1/ Thème « santé publique »

Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES) : François Baudier, Président de la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (26/10/2017).

Société Française de Santé Publique : Jean-Pierre Couteron, Secrétaire général adjoint, Patrick Daimé, Membre du CA (26/10/2017).

2/ Thème « établissements de soins »

Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) : Dominique-Chantal Dorel, Directrice des relations avec les usagers (26/10/2017).

UNICANCER : Sandrine Boucher, Directrice de la Stratégie Médicale et de la Performance (26/10/2017).

3/ Thème « parcours de santé »

Syndicat national des médecins de protection maternelle et infantile (SNMPMI) : Evelyne Wannepain, Administratrice, Elisabeth Jude-Lafitte, Trésorière (26/10/2017).

Fédération Nationale des Centres de Santé : Régine Raymond, Directrice administrative Centre de santé Aubervilliers (26/10/2017).

Union Syndicale des Médecins des Centres de Santé (USMCS) : Dr Frédéric Villebrun, Secrétaire général (26/10/2017).

4/ Thème « formation »

Ecole des Hautes Etudes en santé publique (EHESP) : Dr Laurent Chambaud, Directeur (27/10/2017).

Collège universitaire des enseignants de santé publique (CUESP) : Pr Patrice François, Vice-président, Service d'évaluation médicale, CHU Grenoble Alpes (27/10/2017).

Association Nationale des Directeurs d'Ecoles Paramédicales : Florence Girard, Présidente (27/10/2017).

5/ Thème « usagers »

Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) : Pauline Guézennec, Chargée de mission CCOMS, Centre national de ressources et d'appui aux CLSM (27/10/2017)

France Assos Santé : Monsieur Fernandez-Curiel, chargé de mission (27/10/2017).

Autres auditions

Association des directeurs d'hôpital : Frédéric Boiron, Président de l'Association des Directeurs d'Hôpital (ADH), 20/12/2017.

Association française des directeurs de soins : Stéphane Michaud, président de l'Association française des directeurs des soins (29/11/2017).

Association nationale de coordination des réseaux Diabète : Catherine Gillet, présidente de l'ANCREDD (01/02/2018).

Centre Fédératif de Prévention et Dépistage, Centre Hospitalier Départemental Vendée Site de La Roche sur Yon : Dr Isabela Lorente (28/02/2018).

Collège de liaison des internes de santé publique : Sylvain Gautier, président (29/11/2017).

Collège de médecine générale : Pr Loïc Druais (21/11/2017).

Equipe ASALEE infirmière-médecin Espaces de santé du grand Villeneuvois : Danick Blandinière, infirmière ASALEE, Dr Florence Grangri, Amaury Derville, délégué général (28/02/2018).

Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP) : Dr Antoine Perrin, directeur général, Dr Françoise Durandière, Conseillère médicale (29/11/2017).

Fédération Hospitalière de France, Commission de prévention : Pr Loïc Marpeau, Président (9/11/2017).

Fédération française des maisons et pôles de santé : Pascal Gendry, président (28/11/2017).

Fédération française des réseaux de santé en périnatalité : Blandine Mulin, présidente (7 février 2018)

Haute autorité de santé (HAS) : Dr Catherine Grenier, Directeur de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (28/02/2018).

Inspectrice générale, IGAS : Véronique Wallon, audition relative aux Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) (16/05/18)

Maison médicale Bel Air de Carpentras : Dr Sébastien Adnot (22/02/2018).

Médecin généraliste enseignant (Paris V), et responsable d'un pôle de santé (Paris 13) : Dr Hector Falcoff (20/12/2017).

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) : Dr Nicolas Prisse, Président, Catherine Bernard, Valérie Saintoyant (21/11/2017).

Mutualité Française : Séverine Salgado, directrice déléguée de la Mutualité française, Géraldine Merret, responsable Prévention (22/02/2018).

Président de la Conférence des doyens de médecine : Pr Jean Sibilia (26/02/2018).

Programme de réduction des risques cardiovasculaires « Je t'aime mon cœur » : Olivier Aromatario, Chef de projets santé (28/02/2018).

Santé Publique France : Dr Sylvie Quélet, directrice de la prévention et promotion de la santé, Dr Pierre Arwidson, adjoint à la directrice de la prévention et promotion de la santé (29/11/2017).

Auditions des ARS

ARS Normandie : Christine Gardel, Directrice générale, Nathalie Viard, Directrice de la santé publique (14/11/2017).

ARS Océan Indien : François Maury, Directeur général, Etienne Billot, Directeur de la Stratégie et de la performance, Bertrand Parent, Directeur de la délégation ARS de l'île de la Réunion (21/11/2017).

ARS Pays de la Loire : Jean Jacques Coiplet, Directeur général, Pierre Blaise, Directeur du Projet Régional de santé, Chantal Boudet, Adjointe au directeur (Directions Efficience de l'offre), Françoise Busnel, Chargée de coordination transversale (Délégation territoriale du Main et Loire), Christophe Duvaux, Directeur de la Prévention et protection de la santé, Vincent Michelet, responsable du département Coopérations et parcours de santé (Direction Efficience de l'offre), Evelyne Rive, responsable du département Accès aux soins de proximité (Direction de l'accompagnement et des soins), Daniel Rivière, responsable du département promotion de la santé et de la prévention (Direction prévention et protection de la santé), Anne-Lise Sérazin : adjointe de direction (Direction d'appui à la démocratie sanitaire et au pilotage stratégique (DADSPS) (08/11/2017).

Contributions écrites

Association nationale des puéricultrices diplômées (ANDPE) : contribution reçue le 3/12/2017.

CANA-PMI (comité d'animation nationale des actions de PMI) : contribution reçue le 4/12/2017.

Collège infirmier français (Syndicat national des infirmiers et infirmières éducateurs de santé – Snies, Syndicat national des infirmier(e)s conseiller(e)s de santé – Snics, Association nationale française des infirmières et infirmiers diplômés et étudiants - Anfiide) : contribution reçue le 7/02/018.

Conseil national de l'Ordre des sages-femmes : Anne-Marie Curat, présidente, contribution reçue le 15/12/2017.

Conférence régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) de Normandie : contribution reçue le 6/02/2018.

Conférence régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) des Pays de la Loire : contribution reçue le 15/02/2018.

Fédération Addiction : contribution reçue le 1/12/2017.

Toutes les personnes auditionnées ont été invitées à faire parvenir des documents complémentaires si elles le souhaitent.

Elu Santé, Fabrique territoire de santé, la Conférence Nationale des Présidents de CME de CHU et la Présidente de la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée nationale ont été contactés, mais sans retour de leur part.

Liste des membres du groupe de travail

Pilotes : Franck Chauvin, président du HCSP, Zeina Mansour, vice-présidente du HCSP.

Commission spécialisée du HCSP « Système de santé et sécurité des patients » : Eric Breton, Anne-Paule Duarte, Véronique Gilleron, Philippe Michel, Claire Morgand.

Commission spécialisée du HCSP « Maladies chroniques » : François Alla, Linda Cambon, Sébastien Colson, Liana Euler-Ziegler, Isabelle Millot, Nora Moumjid.

Médecin généraliste directeur d'un centre de santé : Julien Le Breton.

Représentants de la Cnamts invités : François-Xavier Brouck, Philippe Ulmann, Isabelle Vincent, Hedda Weissmann

Invité Aquitaine : Roger Salamon

Membres du SG HCSP : Jean-Michel Azanowsky, Bernard Faliu, Ann Pariente-Khayat, Charlotte Paillot (stagiaire IRA)

Rapport du groupe de travail « Offreurs de soins et prévention », validé à l'unanimité par le bureau du Collège du HCSP le 14 juin 2018.

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr



Direction générale de l'offre de soins

Direction générale de la santé

Paris, le **30 JUIN 2017**

Monsieur le Président du Haut Conseil de la Santé Publique,

La France fait partie des pays ayant une mortalité avant 65 ans élevée. Cette mortalité prématurée, alors même que notre pays présente une espérance de vie après 65 ans parmi les meilleures du monde, trouve notamment son explication dans la faiblesse des dépenses de prévention, parmi les moins élevées des pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE). Aujourd'hui, comme s'y est engagé le Président de la République, notre ministre et notre ministère souhaitent s'engager dans une politique volontariste de prévention.

Dans ce contexte, nous souhaitons saisir le Haut Conseil de la Santé Publique pour que le travail conduit dans le cadre de l'auto saisine « Groupements Hospitaliers de territoire et santé publique », et en particulier en matière de prévention et de promotion de la santé, soit approfondi et son périmètre élargi notamment aux maisons de santé et centres de santé.

Nous proposons que soit réalisé un bilan des actions pilotées ou soutenues par les ARS en la matière en lien avec le SGMAS (à l'exemple des appels à projets pour des actions de prévention primaire et secondaire « hors les murs » de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine) et de celles du réseau des hôpitaux et structures de santé promoteurs de santé animé par l'Agence Nationale de Santé Publique.

Mr le Professeur Franck Chauvin
Président du Haut Conseil de la santé publique
10 place des Cinq Martyrs du Lycée Buffon,
75014 Paris

14, avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP – Tél. 01 40 56 60 00
www.sante.gouv.fr/offre-de-soins

Ce bilan pourrait alimenter une réflexion complémentaire sur les axes prioritaires à promouvoir en la matière, sur les indicateurs reliés, sur les freins et leviers d'actions et sur des mécanismes de financement adaptés, basés sur le principe d'un paiement au résultat davantage que d'un subventionnement.

Enfin, dans une logique populationnelle et de responsabilité partagée des offreurs telle que mise en avant dans les travaux du Haut Conseil, il nous semblerait pertinent d'étudier la place spécifique que pourraient tenir les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé prévues par l'article 65 de la Loi de Modernisation de notre Système de Santé.

Nous souhaitons pouvoir bénéficier des résultats de vos travaux d'ici la fin du mois de décembre 2017.

Nous restons bien sûr à votre disposition pour préciser ensemble les objectifs et le calendrier de cette expertise.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos salutations les plus sincères.

La Directrice Générale de l'Offre de Soins

Cécile COURREGES



Le Directeur Général de la Santé

Benoît VALLET



