

PLACE DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ DANS L'OFFRE DE SOINS



Synthèse du colloque

ORGANISÉ PAR LE CRES ET L'ARS PACA

LE **12 OCTOBRE 2018** À MARSEILLE

Financé par l'ARS PACA

Allocutions D'OUVERTURE

MARIE-CHRISTINE SAVAILL

Directrice, direction de la santé publique et environnementale,
Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur

La Stratégie nationale de santé

prévoit la mise en place d'une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie.

IL S'AGIT NOTAMMENT DE :

PROMOUVOIR
les comportements
favorables à la santé

PROMOUVOIR
des conditions de vie et
de travail favorables
à la santé et
maîtriser les risques
environnementaux

MOBILISER
les outils de prévention du
système de santé



C'est avec un grand plaisir que je représente aujourd'hui le directeur général de l'ARS et que je suis à vos côtés pour ouvrir ce colloque consacré à la place de la prévention et promotion de la santé dans l'offre de soins.

Avec l'annonce récente par le Président de la République du projet « ma santé 2022 », ce colloque s'inscrit pleinement dans l'actualité. Il nous propose une focale à 360 degrés. Son programme nous invite, en effet, à réfléchir en ayant une vision large de l'offre de soins et il se place résolument du côté de la notion de parcours et des nouvelles organisations qui sont à construire, tout en affirmant le rôle essentiel qui doit être celui de la prévention et promotion de la santé.

Les enjeux sont, en effet, considérables : notre système de santé est certes l'un des plus performants au monde mais il est confronté aujourd'hui à des défis majeurs. Il soigne peut-être mieux que d'autre mais, il faut bien le reconnaître, la prévention n'a pas encore totalement la place de choix qu'elle mérite.

La stratégie nationale de santé met au centre de ses priorités le renforcement de la prévention et c'est une très bonne chose. Vous qui êtes réunis ici, vous savez que de nombreuses initiatives existent localement, qu'elles sont portées par des acteurs engagés convaincus et qui savent innover. Toutefois malgré la force de ces dynamiques locales, il faut bien constater que notre système de santé n'a pas su évoluer avec suffisamment de rapidité.

Aujourd'hui l'une des évolutions sur laquelle tout le monde s'accorde est celle que l'on désigne communément par le terme de virage « préventif ». Pardonnez-moi ce jeu de mot facile, mais attention aux sorties de route. Il est évident que cette évolution ne peut s'engager qu'avec une rénovation très volontariste de l'organisation du système de santé et la mobilisation de l'ensemble des acteurs dont évidemment les offreurs de soins, pris dans l'acceptation la plus large qui est celle du « prendre soin ». Soyons clair, la prévention ne peut plus être en dehors ou à côté. Un changement de paradigme s'impose, le système de santé ne peut plus être pensé en silo. La prévention doit trouver sa place dans une réponse intégrée et de proximité.

Je m'explique : le système de santé est un bien commun qui doit répondre à l'intérêt général et donc à l'intérêt de chacun. Il en va de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé qui sont toujours présentes. Aucun acteur, quel qu'il soit, ne peut assumer à lui seul la réponse aux besoins de santé d'une personne ou d'une population. L'approche

doit être multidimensionnelle, intersectorielle et interdisciplinaire ; agir certes sur les comportements individuels mais également sur tous les déterminants de la santé. Responsabilité individuelle et responsabilité collective étroitement mêlées.

Face à cet enjeu, il est essentiel de proposer un système de santé accessible et lisible pour tous. Personne ne doit être laissé en dehors de l'accès aux services de santé. D'aucuns disent que le système de santé français est un véritable maquis organisationnel et qu'il ne favorise pas la coordination mais la compétition. Dans ces conditions, la question est d'une simplicité biblique : comment passer d'une logique de structure à une logique de service à l'utilisateur et de territoire ?

Décloisonnement est certainement le mot-clé, le projet « ma santé 2022 » fixe le cap : décloisonnement des financements, décloisonnement de l'organisation des soins, décloisonnement également des exercices professionnels et de la formation.

Il est là question de mise en responsabilité territoriale et populationnelle des acteurs du système de santé en leur donnant du pouvoir d'agir à une échelle appropriée. Améliorer l'organisation des soins de proximité, rassembler la ville et l'hôpital autour d'un projet de santé de territoire, structurer et développer les pratiques préventives des acteurs de soins, constituer des communautés professionnelles territoriales de santé, repenser les métiers et la formation des professionnels, placer les usagers au cœur du système et faire de la qualité de la prise en charge la boussole de la réforme, tels sont les défis qui sont devant nous.

Le Projet régional de santé qui vient d'être adopté par le directeur général s'inscrit pleinement dans ces orientations, nous avons 5 ans devant nous pour écrire, non pas une page blanche car nous avons des acquis en région PACA, mais pour faire évoluer intelligemment ce qui existe déjà.

Je termine en disant que rien ne pourra se faire sans les professionnels et acteurs de la santé. On doit leur faciliter la tâche, il faut mettre à leur disposition des outils, des référentiels, il faut leur proposer des formations adaptées. En bref, pour cela, il faut des centres ressources experts. Nous avons cette chance-là en région et je voudrais publiquement saluer l'excellence du dispositif régional d'appui porté par le CRES, qui œuvre sans relâche pour l'amélioration de la qualité des interventions en prévention et promotion de la santé et le renforcement des capacités des acteurs.

PR ROLAND SAMBUC

Président du Comité régional d'éducation
pour la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur

LE CRES PACA, CENTRE DE RESSOURCES RÉGIONAL EN PROMOTION DE LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE



Le colloque proposé aujourd'hui s'inscrit dans les missions du centre ressources qu'est le Comité régional d'éducation pour la santé et, en particulier, dans les activités du dispositif régional de soutien aux politiques et aux interventions en prévention et promotion de la santé.

Il a été organisé par un comité de pilotage dont je salue les membres et avec le soutien financier de l'Agence régionale de santé dont je tiens à remercier le directeur général, M. Claude d'Harcourt.

A l'heure où la prévention est identifiée comme une priorité de santé publique en France, nous nous réjouissons de l'intérêt qu'a pu soulever l'annonce de ce colloque dédié à la place de la prévention dans l'offre de soins. 260 inscrits, en grande majorité des professionnels de notre région, mais on peut également noter l'inscription de professionnels venant de Paris, Narbonne, Ajaccio et Montréal. Nous leur souhaitons la bienvenue.

La journée est consacrée aux professionnels du soin et à leurs pratiques en matière de prévention. Ceci n'exclut bien évidemment pas le rôle majeur, et régulièrement présenté, des autres acteurs de la santé : associations, collectivités, institutions...

Le CRES a très régulièrement l'occasion de les associer à ses activités, notamment dans le cadre de l'animation des ateliers santé ville, des contrats locaux de santé, de la vaccination, des dépistages et autres...

Il est normal qu'à l'heure où la prise en charge du patient s'intègre dans une vision plus large qu'est le parcours de santé, l'on s'interroge sur la place des soignants en amont de la maladie et en amont de ses conséquences. Il est aussi normal que l'on s'interroge sur la valorisation et la reconnaissance de l'activité du soignant en prévention et sur les nécessaires complémentarités et coordination à développer entre le soin et la prévention.

Pour cela, nous pouvons désormais nous appuyer sur les réflexions et les rapports émis par le Haut Conseil de la santé publique, la Conférence Nationale de Santé et le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie.

Nous sommes très honorés de recevoir aujourd'hui le Président du HCSP, le professeur Franck Chauvin, le Vice-Président de la CNS, le professeur Emmanuel Rusch, et la représentante du HCAAM, Sandrine Danet. Je les remercie très sincèrement de leur participation à nos travaux.

Malgré le constat d'une activité de prévention dis-

persée, peu valorisée, méconnue, personne-dépendante, le comité de pilotage de ce colloque a repéré de nombreuses initiatives et réalisations qui seront présentées cette après-midi ; elles méritaient toutes de figurer à notre programme que je vous prie de qualifier de « riche » plutôt que de « chargé ». Elles sont le reflet de multiples compétences nécessaires à la mise en œuvre d'interventions efficaces, de qualité.

Qui dit compétences dit formations initiales et continues. Le service sanitaire est une importante avancée sur laquelle nous comptons pour permettre à nos futurs soignants de faciliter les choix éclairés de chacun en termes de santé.

Présentation DE 3 RAPPORTS NATIONAUX

PRESENTATION DU RAPPORT DU HCSP

PR FRANCK CHAUVIN

Président du Haut Conseil
de la santé publique



Suite à une saisine de la DGS et de la DGOS sur la place de la prévention auprès des offreurs de soins, le HCSP propose des pistes d'évolution pour structurer les pratiques préventives, améliorer leur qualité et leur pertinence, en articulation avec le secteur non soignant.

Il a centré sa réponse sur les **offreurs de soins en exercice regroupé** et souligne l'importance que les offreurs de soins s'engagent à la fois par le développement des pratiques cliniques préventives ou soins de santé préventifs, et une responsabilité populationnelle renforcée et partagée avec les autres opérateurs du territoire. Il propose par ailleurs de structurer, en région, l'organisation territoriale des missions de prévention et promotion de la santé des offreurs de soins, de les doter de référentiels nationaux, et de mettre en place des pôles d'animation et de coordination territoriaux en santé (PACTeS). **Le HCSP recommande notamment l'intégration aux soins de 8 missions portant sur les pratiques cliniques préventives, la responsabilité populationnelle et l'expertise.**

Rapport Avis relatif à la place des offreurs de soins dans la prévention HCSP, 2018-07-31, 20 p. https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20180614_laplacedesoffredesoinsdanslaprve.pdf

Voir aussi le rapport :

Place des offreurs de soins dans la prévention, HCSP, 2018-09, 83 p.

https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20180614_laplacedesoffredesoinsdanslaprve.pdf

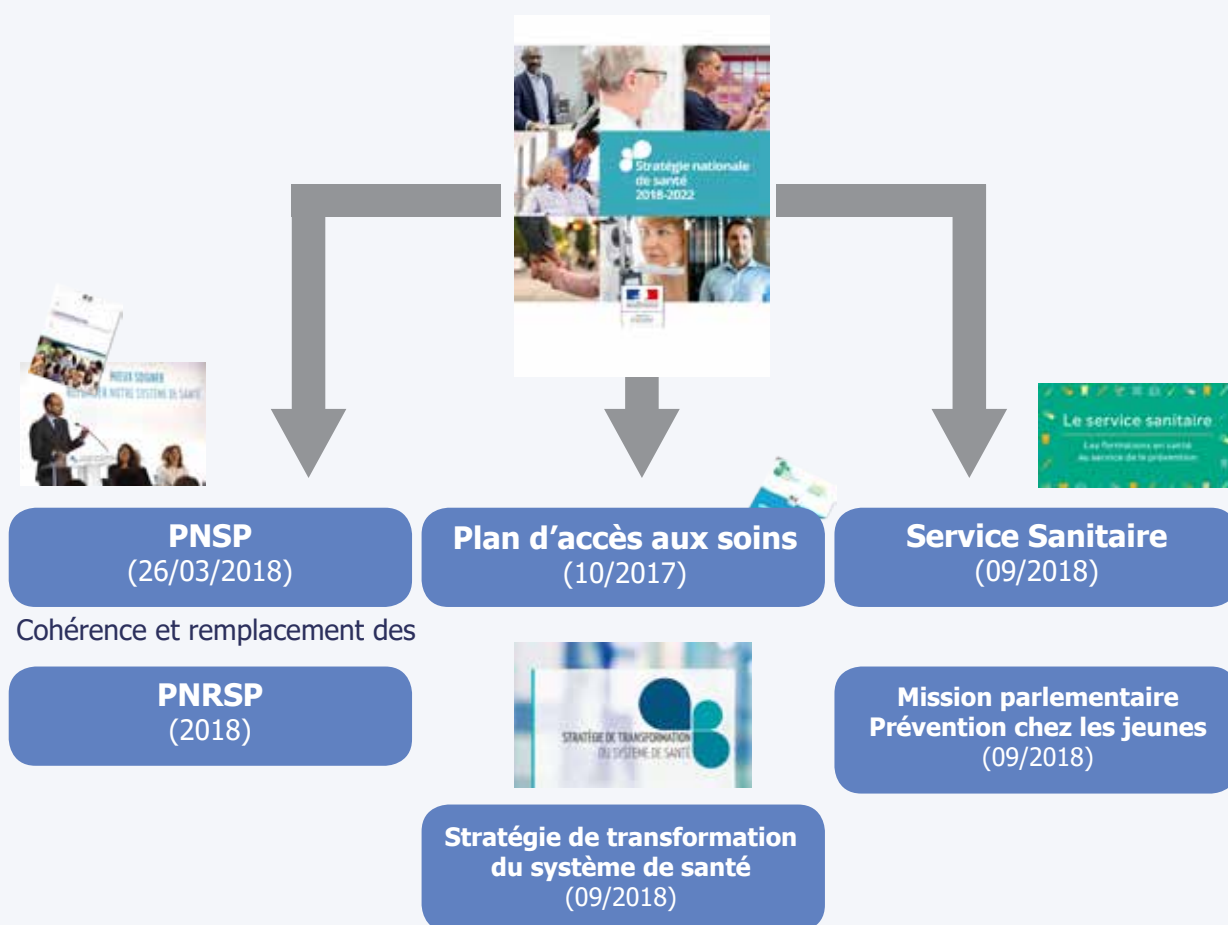
Suite à une saisine de la DGS et de la DGOS sur la place de la prévention auprès des offreurs de soins, le HCSP propose des pistes d'évolution et notamment de développer massivement la prévention.

adaptation du système de santé avec notamment deux virages : un virage préventif et un rééquilibrage vers des soins primaires.

Sa vision de la prévention est innovante : **intégrative**, privilégiant une approche par déterminants plutôt que par pathologies, **intersectorielle**, dépassant largement le seul domaine de la santé pour infuser l'ensemble des politiques et **continue**, c'est-à-dire développée tout au long de la vie des individus, dès le plus jeune âge.

Dernière proposition innovante présente dans ce rapport, **le système de santé** est présenté comme un déterminant important de la santé qui nécessite d'être adapté pour atteindre des objectifs d'amélioration de la santé de la population française et de préparation aux grands défis identifiés. Le HCSP propose ainsi une

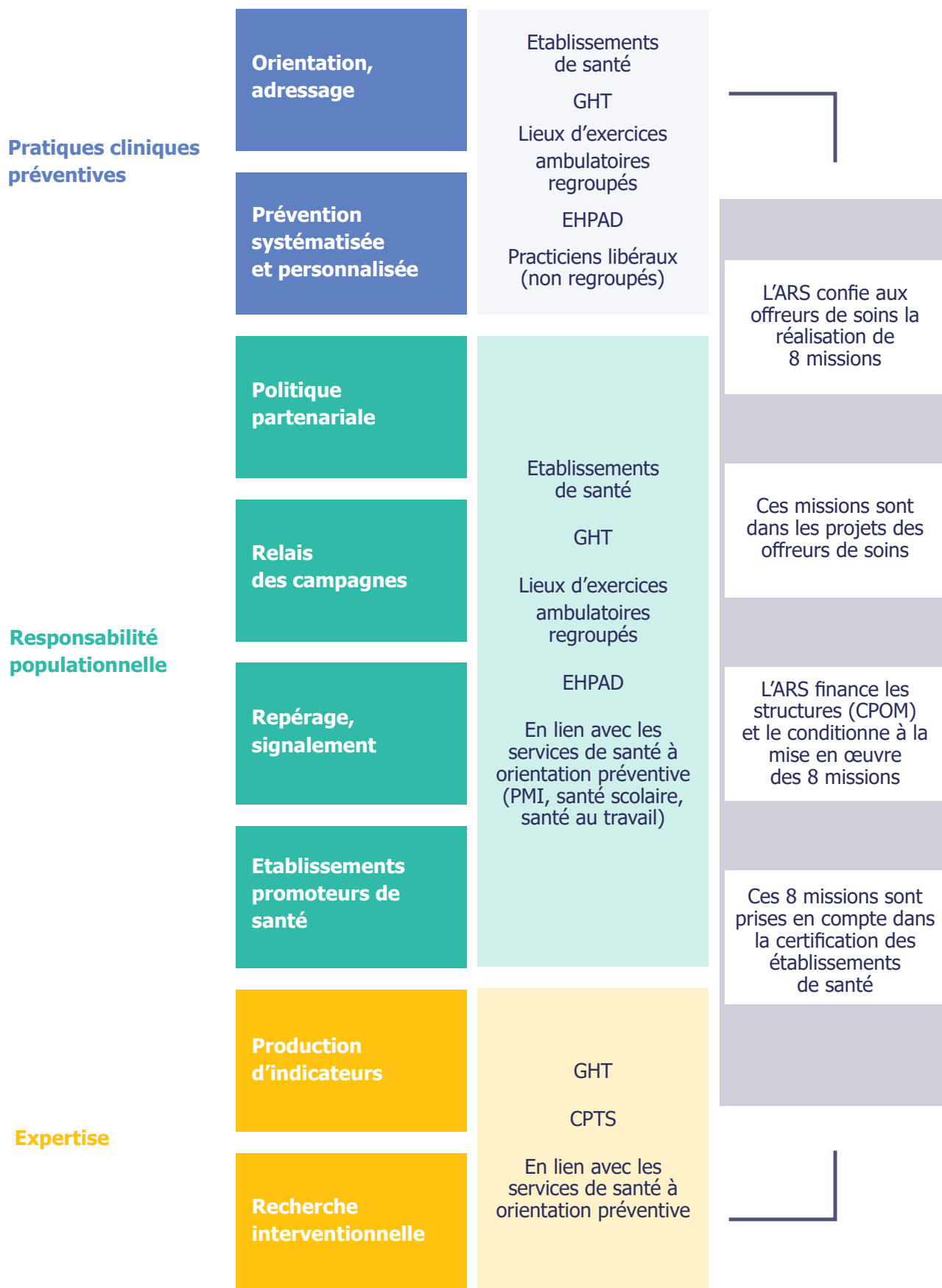
Pour rappel, les axes de la stratégie nationale de santé :



Pour le HCSP, l'évolution de l'état de santé de la population et la soutenabilité du système de santé à court terme reposent sur la capacité du système de soins et notamment des offreurs de soins à exercice collectif à mettre en œuvre **8 missions** et à assumer une **responsabilité populationnelle**.

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

1ère recommandation :



ORGANISER LES OFFREURS DE SOINS AUTOUR DES 8 MISSIONS

Identifier et reconnaître les acteurs

Recenser les acteurs et les structures

*

Définir les métiers

*

Former

Structurer la PPES sur le territoire

Définir les niveaux territoriaux de décision, d'organisation et d'action

*

Définir une politique et une organisation de PPES (PRS)

*

Créer une instance de coordination

Organiser les missions de PPES sur le territoire

Intégrer les OS dans les CLS

*

Créer au sein des OS une structure de prévention

*

Mettre en place médiateurs ou navigateurs de prévention

*

Développer les missions d'appui (DAPS)

SOUTENIR LES OFFREURS DE SOINS DANS LEURS 8 MISSIONS

Créer des référentiels de PPES (HAS)

Pratiques préventives

*

Indicateurs permettant le suivi des facteurs de risques et des interventions de prévention

*

Données de prévention pour le DMP

Développer et soutenir une recherche en PPES

Créer un poste "extra H" U

*

Réviser le statut HU

*

Recruter des non médecins

*

Développer l'enseignement de la RI

Faire évoluer le système d'information

Données de prévention individuelle

*

Données produites par les services de soins à orientation réventive

*

Généraliser OSCARS (ARS)

*

Tableau de bord régional

Conclusions :

- La France prend le virage de la prévention avec un portage politique fort,
- Ce virage suppose une intégration de cette priorité par tous les acteurs dont les offreurs de soins,
- Cette évolution / révolution (?) prendra du temps mais est une condition pour assurer la pérennité de notre système solidaire,
- Elle suppose aussi de développer une recherche forte dans le champ de la prévention.

PRESENTATION DU RAPPORT DE LA CONFERENCE NATIONALE DE SANTE

PR EMMANUEL RUSCH

Vice-Président
de la CNS



Les membres de la Conférence Nationale de Santé ont adopté en assemblée plénière un avis visant à renforcer et à mobiliser les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé en formulant des recommandations pour faire de la promotion de la santé au sens de la charte d'Ottawa le cadre de référence des politiques de santé et de toutes les politiques publiques, pour construire un référentiel de métiers et de compétences et développer les politiques de formation adaptées, pour mettre en œuvre une démarche de service territorial de prévention qui passe par un diagnostic territorial partagé des besoins des populations.

Renforcer et mobiliser les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé. Avis adopté en assemblée plénière le 8 février 2018, Conférence nationale de santé, 2018-03-16, 50 p.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_acteurs_prevention_plen_0802_revu_gt_mis_en_ligne_160318.pdf

L'avis de la CNS vise à **renforcer** et **mobiliser les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé** en formulant des **recommandations** pour faire de la promotion de la santé le cadre de référence des politiques de santé et des politiques publiques, pour construire un référentiel de métiers et de compétences, et développer les politiques de formation adaptées, pour mettre en œuvre une démarche de service territorial de prévention qui passe par un diagnostic territorial partagé des besoins des populations. L'avis de la CNS fait suite à une auto-saisine ainsi qu'à une saisine de la DGS.

L'avis relatif à la prévention / promotion de la santé est structuré en trois grands axes :

1. Créer les conditions nécessaires au développement effectif de la promotion de la santé et de la prévention (PSP)
2. Renforcer les acteurs de PSP
3. Optimiser la mobilisation des acteurs dans la PSP

1. Recommandations pour créer les conditions nécessaires au développement effectif de la prévention et promotion de la santé

- Faire enfin, de manière opérationnelle, le choix de la PSP : retenir la promotion de la santé comme cadre de référence, renforcer les savoirs et compétences des décideurs, reconnaître la place des collectivités territoriales, prendre en compte les enjeux sanitaires ou environnementaux
- Assurer la cohérence entre le financement et la priorité attribuée à la PSP : évaluer les besoins, identifier toutes les ressources et moyens qui seront à mobiliser, inscrire les modalités de financement pérennes dans la loi ou le cadre réglementaire, pérenniser le financement de la priorité accordée à la PSP
- Mettre en place, à tous les niveaux territoriaux, une coordination intersectorielle : intégrer au sein de la gouvernance du système de santé la prise en compte de la multiplicité des déterminants de la santé et la dimension intersectorielle des interventions en santé, faire le bilan, identifier des outils et indicateurs pertinents permettant mesure, suivi et évaluation
- Faire avec les populations concernées et dans le respect des droits des usagers, tant au niveau national que local : systématiser la participation des usagers, encourager les dynamiques d'empowerment, promouvoir la littératie en santé, accéder à une information de qualité, disponible et compréhensible, construire des messages de promotion de la santé avec les usagers

2. Recommandations pour renforcer les acteurs de PSP

- Construire un cadre éthique et déontologique commun à tous pour intervenir auprès des usagers
- Réaliser une expertise des métiers et des compétences en PSP en incluant dans le champ les acteurs de l'empowerment
- Définir un référentiel de compétences partagé : retenir le référentiel CompHP comme référentiel de référence, définir le référentiel concernant l'accompagnement et l'empowerment, développer les compétences liées au développement des outils numériques
- Développer une politique de formation appropriée : définir une formation de niveau « sensibilisation », prendre en compte la singularité des parcours, reconnaître les acquis de l'expérience, assurer une formation continue accessible, intégrer les données probantes, soutenir la recherche

3. Recommandations pour optimiser la mobilisation des acteurs dans la PSP

- Faire émerger des politiques territoriales de PSP : s'appuyer sur un diagnostic territorial, identifier les niveaux géographiques de mobilisation des acteurs autour d'un projet, identifier une structure de coordination, travailler en lien entre acteurs de PSP et acteurs de santé tout au long de la vie
- Développer les retours d'expériences : évaluer les actions du point de vue de l'apport pour l'utilisateur
- Définir des modalités de financement : facilitant le partenariat et la complémentarité des acteurs, avec un niveau de rémunération cohérent avec l'enjeu et à la hauteur des formations ou diplômes.

PRESENTATION DU RAPPORT DU HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE

SANDRINE DANET

Chargée de mission
HCAAM



Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) recommande, dans cet avis, une refonte et une clarification du financement des politiques de prévention et de promotion de la santé. Il suggère également une évolution de la rémunération des professionnels de santé impliqués dans la prévention.

Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé. Avis adopté à l'unanimité le 28 juin 2017 Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, 2017-06, 36 p.

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/refonder_les_politiques_de_prevention_et_de_promotion_de_la_santevf07072017.pdf

La prévention dans le système de soins : organisation, territoires et financement - à partir de l'exemple de l'obésité, 25 octobre 2018, HCAAM, 2018-10, 24 p.

<http://www.securite-sociale.fr/Avis-HCAAM-relatif-a-La-prevention-dans-le-systeme-de-soins-organisation-territoires-et>

Le HCAAM est une instance de concertation et de débats créée en 2003, qui contribue à une meilleure connaissance des enjeux, du fonctionnement et des évolutions envisageables des politiques de santé.

Si le HCAAM n'a pas vocation à traiter de l'ensemble du champ de la prévention, les 4 axes à développer sont les suivants :

- Effort financier
- Rationalité économique, régulation et efficience
- Rôle, place, articulation des acteurs
- Participation sociale et outils de prévention

Une première série de travaux sur la prévention a abouti à un avis en 2017 : « **Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé** ».

Le HCAAM y décrit :

- **L'outillage stratégique**
- **La gouvernance**
- **Les bonnes pratiques en matière d'évaluation** des politiques et des actions de prévention
- **Les organisations-cibles** pour une approche territoriale de la prévention

Une deuxième série de travaux va conduire à un avis qui sera publié fin octobre 2018 intitulé « **La prévention dans le système de soins : organisation, territoires et financement – à partir de l'exemple de l'obésité** ».

Les objectifs sont de proposer un mode opératoire permettant la mise en place d'organisations rendant possible la prévention en routine, en dehors des dispositifs expérimentaux et dérogatoires, de définir les conditions de financement de ces organisations dans un cadre de droit commun, en s'appuyant sur le schéma proposé par le HCAAM dans sa « contribution à la stratégie de transformation du système de santé ».

L'obésité a été retenue comme exemple traceur car elle représente un cas exemplaire pour traiter les problématiques qui se posent pour la prévention. C'est le premier facteur de morbi-mortalité évitable en France, et son coût social s'élevait en 2012 à 12,8 milliards d'euros.

Le besoin d'une stratégie globale a été identifié, associant :

- Leviers majeurs nationaux
 - Promotion de la santé dans les territoires
 - Et organisation d'une offre de prise en charge
- L'enjeu est de proposer des organisations rendant possible la prévention en « routine » et de façon généralisée.

Comment généraliser le déploiement d'organisations intégrant la prévention dans les territoires ? une organisation capable de produire des « parcours cadre », considérant la prévention de la même façon que les soins, et s'appuyant sur les nouvelles organisations issues de la stratégie de transformation de notre système de santé ?

Organisation cible : principes et composantes

- Il ne faut pas proposer de parcours stéréotypés et linéaires, mais ce que l'on pourrait appeler des « **parcours cadres** », **c'est-à-dire des paniers de solutions mobilisables pour le patient à des moments différents en fonction de l'évolution de ses besoins, avec des trajectoires souples et évolutives.**

- **Le patient mobilise les solutions** en fonction de ses besoins, de ses préférences et des spécificités des organisations locales.

- Ces paniers de solutions et leur mobilisation sont spécifiés **en fonction du niveau de sévérité**. Ils peuvent être déclinés par population.

- **Il n'y a pas un modèle unique mais un cadre d'organisation universel.**

- Divers modèles d'organisation peuvent se rencontrer mais ceux-ci sont tous **structurés autour de cinq fonctions-clés** : programme de soins personnalisés, référent, coordination des effecteurs, développement des compétences personnelles des patients, intégration territoriale. Ce sont ces fonctions qu'il faut modéliser et le cas échéant financer.

- Ces fonctions peuvent prendre plusieurs formes et leurs opérateurs peuvent être différents selon les territoires.

- Les organisations ainsi composées d'une combinaison de fonctions doivent pouvoir s'adapter pour **s'intégrer aux autres organisations présentes sur le territoire.**

- Ces organisations doivent être pensées en « **routine** » **en dehors de dispositifs expérimentaux ou dérogatoires**

- Il s'agit de penser un système robuste, généralisable au-delà des problématiques nutritionnelles afin d'éviter l'hyper-sectorisation des prises en charge.

- En prévention, les situations peuvent être complexes. Les fonctions-clés doivent donc être toujours présentes. **C'est la forme et la densité prises par ces fonctions-clés qui doivent être graduées.**

- Une **fonction de référent** est indispensable pour guider les patients comme les professionnels dans le parcours.

Comment le financement peut accompagner les évolutions souhaitées ?

Les modalités de financement doivent favoriser un parcours cohérent et adapté aux besoins :

financer plusieurs fonctions et métiers, et une rémunération adaptée pour des consultations qui peuvent être longues et complexes.

Le financement et la tarification doivent accompagner les évolutions souhaitées : intégration dans le droit commun, financement conditionné à l'insertion dans un programme, rémunération.

Dans ce cadre, deux **modèles de financement** sont envisageables :

- Une forfaitisation complète en fonction du niveau de risque, pour une prise en charge sur une certaine durée (semestre, année...).
- Un financement distinct des différents « modules » (consultation initiale de bilan ; forfait annuel du référent ; programme d'éducation thérapeutique...) sur la base d'une nomenclature tarifaire nationale, le remboursement étant conditionné au fait que le programme est organisé et coordonné par le référent, et évalué par l'assurance maladie.

Le HCAAM se positionne en faveur de cette deuxième option.

De nouvelles modalités de financement sont à mettre en pratique :

- Repérage, proposition de prise en charge - médecin traitant ou spécialiste :
financement d'une consultation de bilan, facturable une fois dans le processus, à un tarif élevé (consultation de l'ordre de 45-60 minutes)
- Choix d'un référent par le patient
- Définition par le référent du programme de soins personnalisé, en accord avec le médecin traitant (si ce n'est pas lui-même)
- Recours du patient aux différents services et prestations prévus dans le programme, ces prestations étant alors financées par l'assurance maladie (obligatoire et/ou complémentaire), selon différentes modalités, à l'acte ou forfaitairement, ou via le co-financement des équipements (exemple de l'activité physique adaptée)

Ces rémunérations nouvelles sont-elles finançables ?

Pour l'obésité, un besoin de financement spécifique supplémentaire est mis en évidence, avec deux marges de manœuvre pour procéder à des économies au sein des dépenses actuelles :

- Améliorer l'efficacité des dépenses consenties dans les actions en cours, en les intégrant dans un réel parcours de soins, coordonné et obéissant aux recommandations de bonnes pratiques.
- Limiter le recours à la chirurgie bariatrique par une meilleure prévention en amont et une meilleure sélection des indications.

On doit aussi réfléchir à un partage des dépenses entre AMO, AMC, collectivités territoriales et patients eux-mêmes, en tenant compte de la situation sociale de ces derniers.

Conclusion

- Les pistes d'amélioration proposées s'inscrivent dans le schéma général d'organisation de la transformation du système de santé, fondé sur :
 - Une structuration des soins de proximité autour des CPTS et des établissements de proximité
 - Une adaptation des moyens aux besoins objectifs
 - Une gradation des prises en charge.
- La prévention est intégrée dans l'activité de droit commun des professionnels de santé
- L'ARS définit les services attendus et permet des modulations territoriales
- Il n'est pas défini un « parcours-type », mais une méthode de prise en charge, devant s'adapter aux organisations territoriales, partant des notions de référent et de programme personnalisé de soins.
- Les contrats locaux de santé (CLS), doivent permettre de développer des organisations pluriprofessionnelles et pluri-institutionnelles de prise en charge préventive de proximité.
- Le financement et la tarification doivent accompagner les évolutions souhaitées.

Les politiques RÉGIONALES

Sofie BINOT - Virginie POUGET
Région Sud Provence-Alpes-Côte d'Azur

LES POLITIQUES DE SANTE DE LA REGION

**MAISONS
RÉGIONALES
DE LA SANTÉ**

**PASS SANTÉ
JEUNES**

**POLITIQUE
RÉGIONALE SANTÉ
ENVIRONNEMENT**

**APPEL À PROJETS
SANTÉ PUBLIQUE**

**BOURSES DE
STAGE AUX
INTERNES DE
MÉDECINE
GÉNÉRALE**

**PLAN CANCER
RÉGIONAL**

GÉRONTOPOËLE

**APPEL À PROJETS
E-SANTÉ/
TÉLÉMÉDECINE**

**APPEL À PROJETS
SALLES D'ATTENTE**

En 2018, la Région soutient **9 dispositifs santé** :

- Maisons régionales de la santé et soutien à toutes formes d'exercice coordonné
- Pass santé jeunes
- Politique régionale santé environnement
- Appel à projets santé publique
- Bourses de stage aux internes de médecine générale
- Plan cancer régional
- Gérontopôle
- Appel à projets E-santé/Télémédecine
- Appel à projets salles d'attente

Le budget 2018 des politiques régionales de santé s'élèvent à :

- Autorisations d'engagement : 3,2 M€
- Autorisations de programme : 2,6 M€

Concernant les dispositifs pour la santé des jeunes :

Tout d'abord, le **Pass santé jeunes** :

On constate un taux de recours à l'IVG élevé en région (DREES 2017 : 21,4 pour 1000 femmes) ainsi que des freins dans l'accès à la prévention et à la contraception chez les moins de 26 ans.

Le Pass santé jeunes permet une réponse structurée autour de **3 volets** contribuant à l'autonomie des jeunes et à leur inscription dans un parcours de santé :

- **Volet 1** : création d'un dispositif de formation-sensibilisation à destination des professionnels relais
- **Volet 2** : création d'un site web d'informations et d'échanges sur la sexualité et la contraception des jeunes porté par le Mouvement français du Planning familial des Bouches-du-Rhône
- **Volet 3** : création du chéquier-coupons Pass Santé Jeunes pour un accès gratuit et confidentiel à des prestations médicales

Ensuite, l'aide à la complémentaire santé pour les étudiants boursiers

2018 a vu le lancement de l'aide à la complémentaire santé pour les étudiants boursiers.

Les constats étaient les suivants :

- Non souscription de couverture complémentaire et renoncement aux soins
- deux freins principaux : difficultés financières et manque d'information sur le système de santé

Il s'agit d'un dispositif pour favoriser la santé des étudiants

1. Faciliter l'accès aux soins des étudiants boursiers avec l'aide à la complémentaire santé

- 3 organismes de complémentaire santé conventionnés
- une aide régionale de 100 € / an

2. Volonté de développer une politique globale en faveur de la santé des étudiants pour structurer un plan d'actions prévention

- Une information du système de santé
- Un Baromètre santé des étudiants
- Des actions de prévention

Concernant les Maisons Régionales de la Santé : En 2011 : lancement de l'appel à projets « les Maisons Régionales de la Santé »

- Des enjeux d'aménagement du territoire par le maintien d'une offre de soins de proximité
- Des enjeux de santé publique en proposant des réponses complémentaires de l'offre de soins du territoire

2016 : renouvellement du cadre d'intervention sur quatre axes

- Soutien à toutes formes d'exercice coordonné (maisons de santé, centres de santé...)
- Aides à l'installation et bourses de stage
- Modernisation des hôpitaux de proximité
- Accompagner les innovations organisationnelles et techniques

L'appel à projets E-santé télémédecine

En juin 2018 a été lancé **l'appel à projets E-santé télémédecine**

- Soutien à la coordination et à l'organisation
- Soutien au déploiement de dispositifs de télémédecine
- Soutien à la prévention à travers des actions de prévention et d'éducation thérapeutique s'appuyant sur des services digitaux (objets connectés, applications smartphone, MOOC, webinaire, serious game...)

- **Aide à l'investissement des projets**
- **Co-instruction avec l'Agence régionale de Santé**

La Région soutient des expérimentations régionales

En 2018, **trois expérimentations** ont été mises en place au sein des maisons de santé en partenariat avec l'Agence régionale de la santé

- Mise en œuvre des espaces de prévention numérique conçus par le Comité régional d'éducation à la santé (CRES)
- Expérimentation d'outils innovants (télémédecine, applications, robotique, etc.) portée par le centre d'innovation et d'usages santé (CIU santé)
- Déploiement de téléconsultation en dermatologie et plaies chroniques porté par l'Union régionale des professionnels de santé Médecins libéraux (URPS)

POLITIQUE ET ACTIONS DE L'ASSURANCE MALADIE EN MATIÈRE DE PRÉVENTION

VIRGINIE CASSARO

Directrice
adjointe

SONIA DUPUIS

Coordination régionale
de la gestion des risques



La CNAM structure son offre de prévention dans le cadre de la politique nationale de santé autour de 4 axes :

- Soutenir les comportements favorables à la santé
- Protéger et éviter l'apparition des maladies à prévention vaccinale
- Promouvoir les dépistages et favoriser les diagnostics précoces
- Accompagner et éduquer, notamment dans le champ des maladies chroniques

1. Soutenir les comportements favorables à la santé

• Lutter contre le tabagisme

Avec la prise en charge des traitements de substituts nicotiques et l'accompagnement des professionnels de santé pouvant les prescrire

• Prévenir les maladies liées à la nutrition

L'Assurance maladie est impliquée sur le thème du surpoids et de l'obésité de l'enfant, depuis les années 2000 et le PNNS. Une expérimentation de prise en charge pluridisciplinaire est en cours depuis

2018 dans 3 territoires : la Réunion, la Seine-Saint-Denis et le Nord-Pas-de Calais

2. Protéger et éviter l'apparition des maladies à prévention vaccinale

Concernant la vaccination, l'Assurance maladie est engagée sur le ROR (pour les moins de 18 ans) et la grippe (chez les plus de 65 ans et les personnes à risques).

3. Promouvoir les dépistages et favoriser les diagnostics précoces

L'assurance maladie intervient sur ce thème à plusieurs niveaux :

- **Le dépistage bucco-dentaire**, avec le programme " M'tes dents " pour les jeunes de 6 à 24 ans, avec une prise en charge de 7 rendez-vous d'exams bucco-dentaires et des soins consécutifs éventuels
- **Le dépistage des cancers du sein, du côlon et du col de l'utérus**, avec l'ARS, pour une prise en charge des tests et des exams du dépistage organisé

- **Les autres dépistages** : néonatal, saturnisme, VIH et hépatites, angines à streptocoque du groupe A.

4. Accompagner et éduquer, notamment dans le champ des maladies chroniques

- La **contraception des mineures** : avec prise en charge de consultations d'accès à la contraception et des actes de biologie
- **L'accompagnement des femmes enceintes** : avec des ateliers collectifs notamment pour les femmes en situation de précarité et les moins de 20 ans
- Le site santé destiné aux assurés, **Ameli**, où l'on peut retrouver l'ensemble des actions de prévention : www.ameli.fr/assure/sante
- **L'amélioration de la qualité de vie des malades chroniques**

L'assurance maladie propose plusieurs services :

- Le service Sophia, un accompagnement des assurés sur les thèmes du diabète et de l'asthme, qui compte 840.000 adhérents
- Santé active, un système de coaching en ligne sur la nutrition, la santé du dos et la santé du cœur
- L'éducation thérapeutique du patient dans les centres d'examens de santé, autour de 4 programmes : diabète de type 2, BPCO, asthme, risque cardio-vasculaire
- **L'accompagnement attentionné pour les populations éloignées du système de santé : avec les centres d'examens de santé**
Sont réalisés dans les centres d'examens de santé des examens de prévention en santé, pour les personnes en situation de précarité ou éloignées du système de santé, ainsi que des actions éducatives en fonction des facteurs de risque. Des ateliers d'éducation pour la santé sont également proposés sur les thèmes de la nutrition, de la santé bucco-dentaire, des conduites addictives...
5 centres d'examens de santé sont répartis sur le territoire régional.

Les actions locales des CPAM : 3 exemples

Focus sur 3 actions locales, déclinaison d'actions nationales ou expérimentations locales :

1. L'examen bucco-dentaire en classe de CP
Il s'agit d'actions de dépistage en classes de CP situées en zones défavorisées, depuis 2007. En région PACA, pour 2018/2019, il est prévu de réaliser un dépistage individuel auprès d'environ 1500 élèves.

2. Expérimentation dans le Var sur le dépistage organisé du cancer du sein

En 2018, la CPAM 83 et ISIS 83 ont expérimenté un système innovant de relances et de prises de rendez-vous chez le radiologue pour des femmes en situation de précarité de la Seyne-sur-Mer. Les résultats ont montré un taux de participation de 79% chez les femmes sensibilisées avec prise de rendez-vous (contre 47% chez les femmes sensibilisées sans rendez-vous et 24% chez les femmes non contactées). L'action doit être renouvelée et étendue.

3. Expérimentation dans les Bouches-du-Rhône sur le dépistage du cancer du col de l'utérus

La CPAM 13 et le Conseil départemental 13 ont organisé le 20 septembre 2018 une journée de dépistage pour les assurées n'ayant pas réalisé de frottis sur les 3 dernières années. L'action s'est déroulée dans les 18 centres de proximité (CPEF) au travers de consultations gratuites et de dépistages. 300 femmes ont participé et réalisé un frottis à cette occasion.



LA POLITIQUE DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

LUDOVIQUE LOQUET

Responsable du département
prévention promotion de la santé

KARINE TRABAUD

Chargée de la mise en œuvre de la
politique en faveur des personnes âgées

SANDRA RIO

Chargée de la politique en faveur des
personnes en situation de handicap



Partageant les constats précédents, l'Agence régionale de santé reconnaît la prévention et la promotion de la santé comme leviers de transformation du système de soins. Elle fait ainsi le choix de structurer la prévention dans une stratégie globale de santé publique cohérente :

- En inscrivant les projets dans la durée : conventions pluriannuelles d'objectifs pour 4 ans
- En les ancrant dans les milieux de vie des personnes
- En les axant sur les déterminants de la santé, et non plus sur les pathologies
- Enfin, en permettant de diversifier les acteurs, avec toujours la nécessité de consolider ce qui existe en termes de prévention chez les acteurs du soin

Il s'agit ainsi de consolider la posture éducative des professionnels de santé, de proposer des formations adaptées et d'agir sur la professionnalisation des acteurs afin d'augmenter la qualité et l'efficacité des actions menées et d'en valoriser les résultats.

Quelques exemples d'actions soutenues par l'ARS :

- Des actions de prévention portées par les libéraux exerçant dans une structure d'exercice coordonné (MRS, MSP) : 22 projets sont actuellement financés dans le cadre d'un appel à projets spécifique
- Les actions portées par des établissements ou conseils départementaux, comme la vaccination ou le dépistage de la tuberculose

- L'éducation thérapeutique du patient, qui concerne plus de 300 programmes en région, essentiellement portés par des établissements et dont l'enjeu se situe sur le développement en ambulatoire
- Le dépistage des IST et du VIH, réalisé pour l'essentiel en ville mais avec une importante participation des CeGIDD
- Une nouvelle action au niveau de l'ARS, impulsée par un médecin de l'hôpital : les consultations enfant-environnement, portant sur le dépistage de pathologies environnementales comme le saturnisme, permettant, en plus du dépistage et du traitement, des actions hors les murs au domicile des patients
- Une thématique nouvelle : le sport santé, avec un budget important pour travailler sur des interventions thérapeutiques non médicamenteuses auprès de malades chroniques grâce à de l'activité physique adaptée
- Le projet Pharm'observance porté par l'URPS pharmaciens sur un projet d'ETP ciblé sur des traitements non médicamenteux (développé plus loin)
- Et un projet sur l'hypercholestérolémie, permettant le repérage et la prise en charge, par des libéraux, de patients atteints d'hypercholestérolémie : action interprofessionnelle réunissant l'URPS médecins, les IDE, les pharmaciens, les biologistes médicaux, ciblée sur le parcours du patient et ayant permis de développer outils et référentiels communs

En résumé, des exemples courts de réussites ayant permis de renforcer la prévention, la culture intégrée de prévention, et ayant associé des professionnels du soin.

Concernant les personnes en situation de handicap, exposées à une vulnérabilité permanente, il existe de forts risques de rupture de la prise en charge à un moment de la vie.

Les missions et actions de l'ARS s'organisent autour de 2 axes :

1. Le développement de l'accessibilité physique et matérielle, au niveau des établissements, avec du matériel spécifique, des chambres adaptées, une communication adaptée...

2. La formation et l'information des professionnels mais aussi des aidants, qui peuvent concourir à la qualité de vie et à l'amélioration du parcours de vie du patient au sein des établissements

Le virage préventif doit permettre l'évolution des ac-

teurs en santé vers le champ de la prévention et de la promotion de santé, l'accompagnement au changement y compris méthodologique.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sont des outils d'évolution, favorisant des actions ciblées :

- Pour développer l'action aux soins courants
- Pour développer également les actions de prévention visant à maintenir ou améliorer l'état de santé, prévenir ou retarder la perte d'autonomie, et qui devront être planifiées au niveau des ESMS et établissements accueillant ces patients
- Développer le recours à l'HAD comme préconisé dans le guide des bonnes pratiques de l'HAS de 2017
- Promouvoir et diffuser les bonnes pratiques dans l'accompagnement, de façon pérenne tout au long de la vie de la personne, ce qui implique également la mise en place d'une fonction d'appui aux équipes
- Favoriser la bientraitance et prévenir la maltraitance, dans le cadre d'un accompagnement au plus près des besoins de la personne
- Faire partager par les intervenants les notions de démarche éthique, d'altérité (reconnaissance de l'autre dans sa différence), de singularité, de vulnérabilité, de responsabilité et de citoyenneté

Quelques exemples d'actions :

- Sites de consultation dédiée : dépistage et prise en charge des soins somatiques et de la douleur. Ces sites ne se substituent pas aux soins de premier recours mais viennent en complémentarité
- Renforcement des CAMSP dans le cadre du 3^{ème} plan autisme : il s'agira par exemple d'améliorer le triptyque repérage, diagnostic et intervention précoce dès le plus jeune âge

D'autres réflexions concernant le sanitaire sont également en cours, afin de proposer par exemple de rendre accessibles les locaux, de travailler sur la signalétique, de créer des référents handicaps dans les établissements médicosociaux.



Enfin, concernant les personnes âgées, il faut rappeler le contexte régional particulier, puisqu'en 2040, plus du tiers de la population aura 60 ans et plus et que 1 habitant sur 5 aura 75 ans et plus (contre 1 sur 10 aujourd'hui).

Les défis pour faire face à ce constat sont à la fois de l'ordre du sanitaire, avec un accroissement de la prévalence des maladies chroniques et des situations de dépendance physique ; de l'ordre du social, avec 30.000 nouveaux aidants par an et une volonté de maintien à domicile des personnes âgées qui est en augmentation, et enfin de l'ordre du social et de l'économique puisque la région PACA est le 3^{ème} territoire le plus pauvre de France et qu'il est plus que jamais nécessaire de réfléchir à la soutenabilité économique et à l'accessibilité financière de nos modèles pour les personnes âgées.

Les enjeux à 10 ans sont d'anticiper, de décloisonner et de coordonner. Nous parlerons aujourd'hui de l'anticipation.

On constate plusieurs points de rupture dans le parcours : insuffisance dans le repérage de la fragilité, épuisement des aidants, prise en charge durant la nuit et les week-end, à domicile comme en institution, fréquence et durée moyenne de passage aux urgences (avec une attente de 6 h en moyenne pour les personnes âgées contre 3h30 pour les autres).

Les actions menées ou en cours concernent :

- La formation des personnels de SSIAD et de SAAD au repérage de la fragilité de la personne et de l'aidant
- La formation à destination des aidants, via les plateformes de répit
- La participation aux conférences des financeurs, avec actions de prévention en EHPAD prévues pour 2019

Les actions expérimentales en cours sont les suivantes :

- Mise en place d'astreintes d'infirmières de nuit mutualisées entre EHPAD, afin d'éviter les passages aux urgences la nuit. Cela concerne 12 dispositifs
- Expérimentation de 18 SSIAD de nuit, destinés à anticiper les ruptures dans le parcours de nuit

Les expérimentations à venir concernent les EHPAD de demain. Le groupe de travail, constitué de l'ARS, des conseils départementaux, des fédérations, des représentants des gestionnaires et des URPS, s'est intéressé :

- au relayage : destiné à permettre aux aidants de prendre du répit sans avoir à transférer leur proche dans un autre milieu
- à l'EHPAD hors les murs : permettant d'externaliser certaines prestations de l'EHPAD pour des personnes âgées dépendantes prises en charge à domicile.

Table ronde 1

ACTIONS DE PRÉVENTION EN ÉTABLISSEMENTS ET EN INSTITUTIONS

DR SEBASTIEN ADNOT
Médecin coordonnateur,
Maison régionale de santé de Carpentras

LA PRÉVENTION EN MAISON RÉGIONALE DE SANTÉ

**Programme
en soutien du
DIABÈTE**



**Programme
en soutien de
L'OBÉSITÉ**



**Traitements du
CANCER EN
AMBULATOIRE**



**Grossesse et
PETITE ENFANCE**



**Estime
DE SOI**



**Les bons
gestes
AU QUOTIDIEN**



<http://www.poledesante-vacluse.fr/programmes/>



Située à Carpentras depuis 2012, la maison médicale Bel Air appartient au Pôle de Santé Centre Ouest Vaucluse. Intervenant sur un territoire marqué par de nombreuses inégalités sociales et une population en situation de vulnérabilité économique croissante, l'équipe pluriprofessionnelle propose une offre de soins qui s'articule autour de soins techniques (consultations, actes infirmiers...) et de **8 actions de prévention et de promotion en santé**. Ces actions sont développées dans de multiples champs :

- Education thérapeutique du patient – diabète, obésité, oncologie
- Prévention de l'obésité – promotion d'une alimentation saine, atelier de lecture d'étiquettes
- Soutien à la parentalité et petite enfance – atelier « je soigne bébé malade »
- Activité physique adaptée (« sport sur ordonnance »)
- Groupes d'estime de soi
- Dispositif de coordination infirmière Asalée

L'ensemble des actions est organisé **en ambulatoire** et animé par un groupe d'une douzaine de professionnels motivés sur la base de financements divers (ARS, subventions...).

Cette démarche s'adresse à **tout patient** et se concrétise sous la forme d'un **Plan Personnalisé Soins Prévention (PPSP)**. Ce PPSP intègre à part égale les actions de soins techniques et de prévention qui s'échelonnent dans la durée. Aujourd'hui, ce sont environ **50 à 60 patients** qui bénéficient de ce dispositif.

La mise en œuvre du PPSP a débuté en 2016 au sein de la maison médicale et a nécessité un important travail collaboratif entre les professionnels. En 2018, la maison médicale participe au projet d'**Incitation à une prise en charge partagée (IPEP)** menée par la DGOS et la CNAM. En 2019, elle expérimentera, dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018, la création d'une fonction de « **case/care management** » assurée par **un(e) infirmier(e) en pratiques avancées**.

Un guide méthodologique pour faciliter la transférabilité de ce dispositif à d'autres maisons de santé régionales est également envisagé.

ACTIONS DE SANTÉ LIBÉRALES EN ÉQUIPE

Estelle COHEN

Coordinatrice PACA du dispositif Asalée,
Valbonne 06



Le dispositif Asalée est une **forme de coopération entre infirmiers et médecins** organisée autour d'actions de prévention et d'éducation établies selon un protocole connu de tous. Créé en 2004 dans le département des Deux-Sèvres pour le diabète, le dispositif s'est progressivement développé au niveau national avec une **démultiplication des domaines de coopération**. Dépistage des cancers, repérage de troubles cognitifs, automesure tensionnelle, risques cardiovasculaires, patients tabagiques... sont autant de sujets partagés entre le médecin et l'infirmier(e). Le patient, quant à lui, est positionné au cœur de la démarche comme acteur principal de sa prise en charge.

Concrètement, le dispositif repose sur un **rôle resserré du médecin** autour de la prise en charge de la pathologie, tandis que l'infirmière est centrée **sur le volet éducation et prévention**.

En 2009, une étude de l'IRDES a ainsi démontré les **effets positifs** du dispositif Asalée sur la **régularité du suivi des patients et l'amélioration de leur état de santé**, en particulier pour ceux atteints de pathologies chroniques.

Asalée a de nouveau évolué en 2012 : les infirmier(e)s sont dorénavant autorisés à pratiquer ou prescrire des examens jusqu'ici réservés aux médecins, notamment des examens biologiques, un ECG, une spirométrie.

Cette coopération présente de nombreux avantages :

- Pour le médecin : c'est un **gain de temps** tout en ayant la garantie d'un suivi de qualité et efficace de ses patients par un(e) infirmier(e) qu'il connaît
- Pour l'infirmière : c'est un **rôle nouveau centré sur les missions d'éducation et de prévention**, en lien avec le médecin, permettant d'accompagner le patient vers une amélioration de son état de santé et plus d'autonomie
- Pour le patient : c'est un **suivi régulier de sa pathologie** et la possibilité accrue de s'informer et de comprendre sa maladie pour s'orienter vers une meilleure connaissance de sa pathologie et une prise en charge plus autonome et adaptée.

Le **partage des données et des informations** entre les professionnels apparaît ici comme le facteur-clé de réussite du dispositif.

Aujourd'hui, le dispositif Asalée compte 600 infirmier(e)s en France et une cinquantaine en région PACA.



ACTIONS ET OUTILS DE REPÉRAGE PRÉCOCE ADAPTÉS À LA PETITE ENFANCE, À DESTINATION DES SOIGNANTS LIBÉRAUX

Dr Olivier BERNARD
Chef de service PMI,
Conseil Départemental 13

Comment repérer : Le Dépistage en pratique:

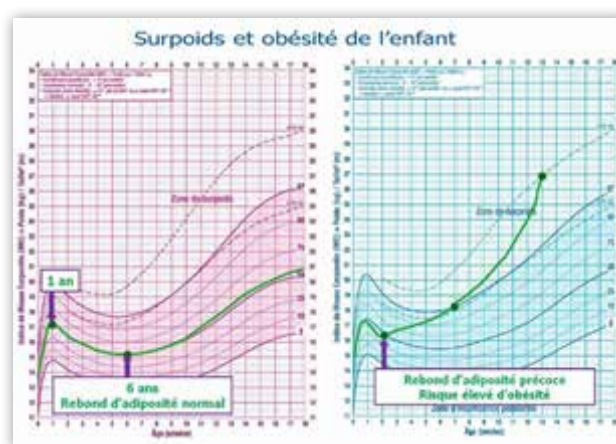
Matériel:

- Test d'acuité visuelle « enfant » en présentation groupée et bien étalonné: ex: Cadet dessins, Sander & Zanolighi ...
(attention aux tests de conception ancienne qui surevaluent l'acuité visuelle)
- Test de vision stéréoscopique pour établir l'installation de la vision binoculaire

Mise en œuvre:

- Occlure l'œil avec des lunettes semi-occlusives (jamais avec la main)
- Présenter le test à la distance requise (précisée sur le test)
- Une ligne est validée quand plus de la moitié de la ligne est vue juste

Il est de notre responsabilité de dépister au plus tôt toute anomalie de vision.

TROUBLE DU SPECTRE AUTISTIQUE DU REPERAGE AUX INTERVENTIONS PRÉCOCES

Comment repérer ?

Outils : M'chat- r

Lors de la Consultation des 24 mois: 46€

Repérage systématique des troubles de la communication grâce à la passation M' Chat- r 5 à 10 minutes

M-CHAT-R
(24 mois)

Question	OUI	NON
1. Votre enfant a-t-il des problèmes de communication ?		
2. Votre enfant a-t-il des problèmes de comportement ?		
3. Votre enfant a-t-il des problèmes de développement ?		
4. Votre enfant a-t-il des problèmes de vision ?		
5. Votre enfant a-t-il des problèmes d'audition ?		
6. Votre enfant a-t-il des problèmes de langage ?		
7. Votre enfant a-t-il des problèmes de motricité ?		
8. Votre enfant a-t-il des problèmes de socialisation ?		
9. Votre enfant a-t-il des problèmes de jeu ?		
10. Votre enfant a-t-il des problèmes de sommeil ?		
11. Votre enfant a-t-il des problèmes d'alimentation ?		
12. Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ?		
13. Votre enfant a-t-il des problèmes de développement ?		
14. Votre enfant a-t-il des problèmes de comportement ?		
15. Votre enfant a-t-il des problèmes de communication ?		
16. Votre enfant a-t-il des problèmes de motricité ?		
17. Votre enfant a-t-il des problèmes de socialisation ?		
18. Votre enfant a-t-il des problèmes de jeu ?		
19. Votre enfant a-t-il des problèmes de sommeil ?		
20. Votre enfant a-t-il des problèmes d'alimentation ?		
21. Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ?		
22. Votre enfant a-t-il des problèmes de développement ?		
23. Votre enfant a-t-il des problèmes de comportement ?		
24. Votre enfant a-t-il des problèmes de communication ?		
25. Votre enfant a-t-il des problèmes de motricité ?		
26. Votre enfant a-t-il des problèmes de socialisation ?		
27. Votre enfant a-t-il des problèmes de jeu ?		
28. Votre enfant a-t-il des problèmes de sommeil ?		
29. Votre enfant a-t-il des problèmes d'alimentation ?		
30. Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ?		
31. Votre enfant a-t-il des problèmes de développement ?		
32. Votre enfant a-t-il des problèmes de comportement ?		
33. Votre enfant a-t-il des problèmes de communication ?		
34. Votre enfant a-t-il des problèmes de motricité ?		
35. Votre enfant a-t-il des problèmes de socialisation ?		
36. Votre enfant a-t-il des problèmes de jeu ?		
37. Votre enfant a-t-il des problèmes de sommeil ?		
38. Votre enfant a-t-il des problèmes d'alimentation ?		
39. Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ?		
40. Votre enfant a-t-il des problèmes de développement ?		
41. Votre enfant a-t-il des problèmes de comportement ?		
42. Votre enfant a-t-il des problèmes de communication ?		
43. Votre enfant a-t-il des problèmes de motricité ?		
44. Votre enfant a-t-il des problèmes de socialisation ?		
45. Votre enfant a-t-il des problèmes de jeu ?		
46. Votre enfant a-t-il des problèmes de sommeil ?		
47. Votre enfant a-t-il des problèmes d'alimentation ?		
48. Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ?		
49. Votre enfant a-t-il des problèmes de développement ?		
50. Votre enfant a-t-il des problèmes de comportement ?		
51. Votre enfant a-t-il des problèmes de communication ?		
52. Votre enfant a-t-il des problèmes de motricité ?		
53. Votre enfant a-t-il des problèmes de socialisation ?		
54. Votre enfant a-t-il des problèmes de jeu ?		
55. Votre enfant a-t-il des problèmes de sommeil ?		
56. Votre enfant a-t-il des problèmes d'alimentation ?		
57. Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ?		
58. Votre enfant a-t-il des problèmes de développement ?		
59. Votre enfant a-t-il des problèmes de comportement ?		
60. Votre enfant a-t-il des problèmes de communication ?		
61. Votre enfant a-t-il des problèmes de motricité ?		
62. Votre enfant a-t-il des problèmes de socialisation ?		
63. Votre enfant a-t-il des problèmes de jeu ?		
64. Votre enfant a-t-il des problèmes de sommeil ?		
65. Votre enfant a-t-il des problèmes d'alimentation ?		
66. Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ?		
67. Votre enfant a-t-il des problèmes de développement ?		
68. Votre enfant a-t-il des problèmes de comportement ?		
69. Votre enfant a-t-il des problèmes de communication ?		
70. Votre enfant a-t-il des problèmes de motricité ?		
71. Votre enfant a-t-il des problèmes de socialisation ?		
72. Votre enfant a-t-il des problèmes de jeu ?		
73. Votre enfant a-t-il des problèmes de sommeil ?		
74. Votre enfant a-t-il des problèmes d'alimentation ?		
75. Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ?		
76. Votre enfant a-t-il des problèmes de développement ?		
77. Votre enfant a-t-il des problèmes de comportement ?		
78. Votre enfant a-t-il des problèmes de communication ?		
79. Votre enfant a-t-il des problèmes de motricité ?		
80. Votre enfant a-t-il des problèmes de socialisation ?		
81. Votre enfant a-t-il des problèmes de jeu ?		
82. Votre enfant a-t-il des problèmes de sommeil ?		
83. Votre enfant a-t-il des problèmes d'alimentation ?		
84. Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ?		
85. Votre enfant a-t-il des problèmes de développement ?		
86. Votre enfant a-t-il des problèmes de comportement ?		
87. Votre enfant a-t-il des problèmes de communication ?		
88. Votre enfant a-t-il des problèmes de motricité ?		
89. Votre enfant a-t-il des problèmes de socialisation ?		
90. Votre enfant a-t-il des problèmes de jeu ?		
91. Votre enfant a-t-il des problèmes de sommeil ?		
92. Votre enfant a-t-il des problèmes d'alimentation ?		
93. Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ?		
94. Votre enfant a-t-il des problèmes de développement ?		
95. Votre enfant a-t-il des problèmes de comportement ?		
96. Votre enfant a-t-il des problèmes de communication ?		
97. Votre enfant a-t-il des problèmes de motricité ?		
98. Votre enfant a-t-il des problèmes de socialisation ?		
99. Votre enfant a-t-il des problèmes de jeu ?		
100. Votre enfant a-t-il des problèmes de sommeil ?		





Les outils présentés ci-dessous sont tout à fait **transposables en médecine de premier recours**, au regard des contraintes de temps et financières que cela pourrait engendrer. Il s'agit de troubles ayant une prévalence importante ou non négligeable, pour lesquels des outils de repérage précoce très simples et accessibles existent.

1. La vision chez l'enfant

Au regard de la **prévalence importante** (19% des enfants de petite et moyenne section sont orientés vers un ophtalmologiste dans les Bouches-du-Rhône, 4% de plus que la moyenne nationale) et **du risque à ne pas repérer ces troubles visuels** (amblyopie), **les professionnels de santé doivent réaliser ce repérage précoce dans leur pratique**. Ces outils sont simples mais leur mise en œuvre doit être connue.

Outils :

- **Test d'acuité visuelle « enfant »**
- **Test de vision stéréoscopique**

2. Le surpoids et l'obésité de l'enfant

La prise en charge du surpoids et de l'obésité est beaucoup plus aisée lorsqu'elle est précoce, comportant des messages d'accompagnement simples, non stigmatisants, et des actions simples (par exemple moins d'écran et plus de sport...).

Outils :

- **Le carnet de santé – la courbe d'IMC** : le rebond d'adiposité est normal à partir de l'âge de 6 ans. **Un rebond d'adiposité précoce (vers 2 ans) est un facteur prédictif majeur d'obésité.**
- Le médecin traitant ou le pédiatre peut réaliser une **consultation suivi obésité** (acte valorisé à 46€), pris en charge par l'assurance maladie, co-table 2 fois par an.

3. Troubles du spectre autistique

Il est important **d'initier un parcours de soin précocement**. Car il faut du temps pour mettre en œuvre l'orientation adaptée et les soins optimaux pour chaque enfant, et les prises en charge qui ne relèvent pas uniquement de structures spécialisées (orthophonie libérale, socialisation, aide à domicile, lien avec l'école...)

Outil :

- **M'CHAT-r** : questionnaire aux parents (durée 5-10 minutes) à faire lors de la consultation des 24 mois (consultation valorisée à 46€).

ACTIONS DE PRÉVENTION EN ÉTABLISSEMENTS DE L'ÉDUCATION NATIONALE

Dr Pierre TAUDOU

Médecin conseiller technique,
Rectorat d'Aix-en-Provence

Dr Danielle DEGREMONT

Médecin conseiller technique chargée de mission,
Rectorat d'Aix-en-Provence



Un partenariat innovant existe depuis 4 ans entre le rectorat d'Aix-Marseille et l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM). Il vise au rapprochement entre la prévention et les soins, sa mise en œuvre se déroulant au sein des quartiers défavorisés de Marseille. Il s'intègre dans le parcours éducatif de santé : « un enfant en bonne santé réussit sa scolarité ».

L'espace santé de l'AP-HM reçoit les familles dans les quartiers nord (secteurs prioritaires) et réalise des soins de proximité pour ces publics défavorisés.

La visite médicale de la 6^{ème} année réalisée par un médecin de l'Education nationale représente une action de prévention santé importante : lors de ce bilan, une synthèse est réalisée par le médecin aux vues de différentes ressources. Ensuite un bilan médical est fait. Ce bilan est suivi de préconisations auprès des familles, éventuellement des enseignants, avec la possibilité de demander des examens complémentaires.

Cette visite médicale des 6 ans est réalisée dans ces quartiers par un médecin scolaire au sein des locaux de l'espace santé AP-HM.



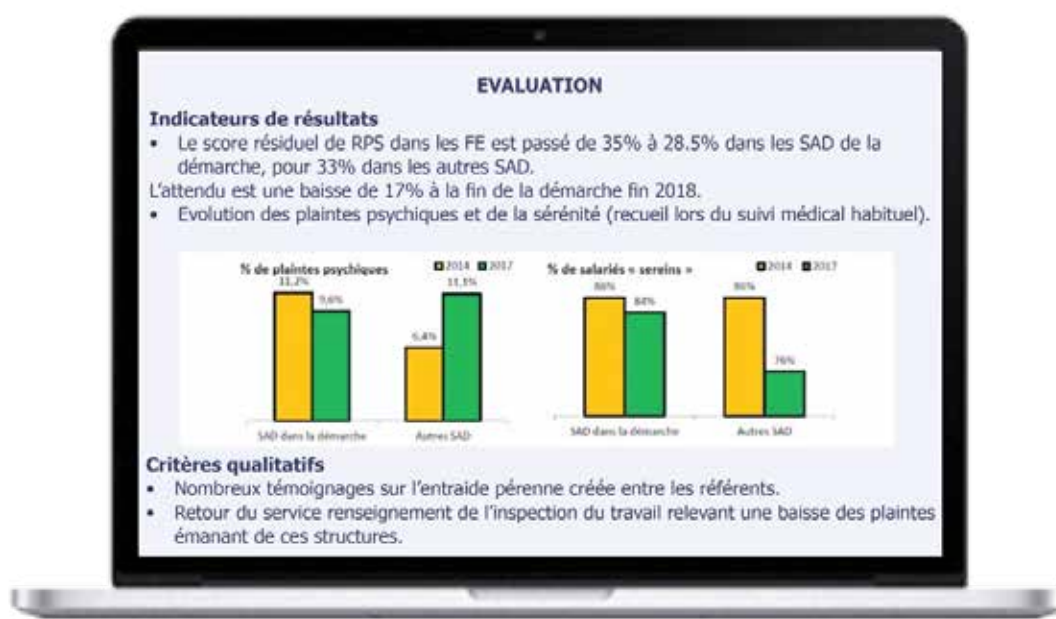
Ce partenariat permet :

- Une prise en charge de proximité
- La réduction des délais d'attente (la prise de rendez-vous suivant le bilan des 6 ans peut se faire directement avec des professionnels de l'espace de santé)
- Une aide pour la famille à être dans la compliance du soin préconisé
- Une continuité des parcours de soins (la prise en charge complémentaire peut être réalisée par l'équipe mobile ou l'équipe de l'espace santé via une fiche de liaison)
- Une prise en charge selon des axes correspondant aux réalités de terrain :
 - troubles des apprentissages
 - surpoids/ obésité
 - hygiène bucco-dentaire
 - consultation neuropsychologique (bilan onéreux en libéral)

ACTIONS DE PRÉVENTION DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

Dr Gérald MAGALLON

Médecin du travail,
GEST 05



Cette action du service de santé au travail, le GEST 05, a été réalisée dans le cadre du Plan de santé au travail 2010-2014.

L'objectif général de l'action a été de rendre les salariés acteurs de leur santé et les structures de soin à domicile (SAD) moteur de la prévention.

Les objectifs spécifiques étaient d'améliorer la prévention des risques psychosociaux (RPS) et de réduire la souffrance psychique des salariés.

Des ateliers de prévention pilotés par la psychologue du travail ont été construits, en 3 temps :

- préparation de l'action avec nomination de référents dans chaque structure
- évaluation des RPS
- plan d'action de prévention

La cible comptait, en 2014, 41 structures d'aide à domicile (SAD) rassemblant 885 salariés. 70% de la cible a adhéré à la démarche qui concernait plus de 80% des salariés. 10 thèmes principaux de situations problématiques ont été analysés, allant de l'accueil des nouveaux salariés à la confrontation avec la mort, en passant par la lourdeur de la prise en charge et de la réalisation des plannings...



Le score résiduel de risque RPS dans les fiches d'entreprise, la proportion de plaintes psychiques et la proportion de salariés sereins ont été utilisés en tant qu'indicateurs de résultats. D'autres critères qualitatifs ont également été évalués.

Le score résiduel de RPS est passé de 35% à 28,5% dans les SAD de la démarche. Une évolution favorable des plaintes psychiques et de la sérénité a été observée dans les SAD de la démarche par rapport aux autres SAD.

A la fin de la démarche, un document de transfert sera rédigé afin de capitaliser sur cette expérience et une analyse de la satisfaction des structures en bénéficiant sera réalisée.

Cette action illustre la stratégie déployée par le GEST 05 résumée par la notion d'**empowerment** : donner aux individus et aux organisations plus de pouvoir d'agir sur leur environnement professionnel notamment.

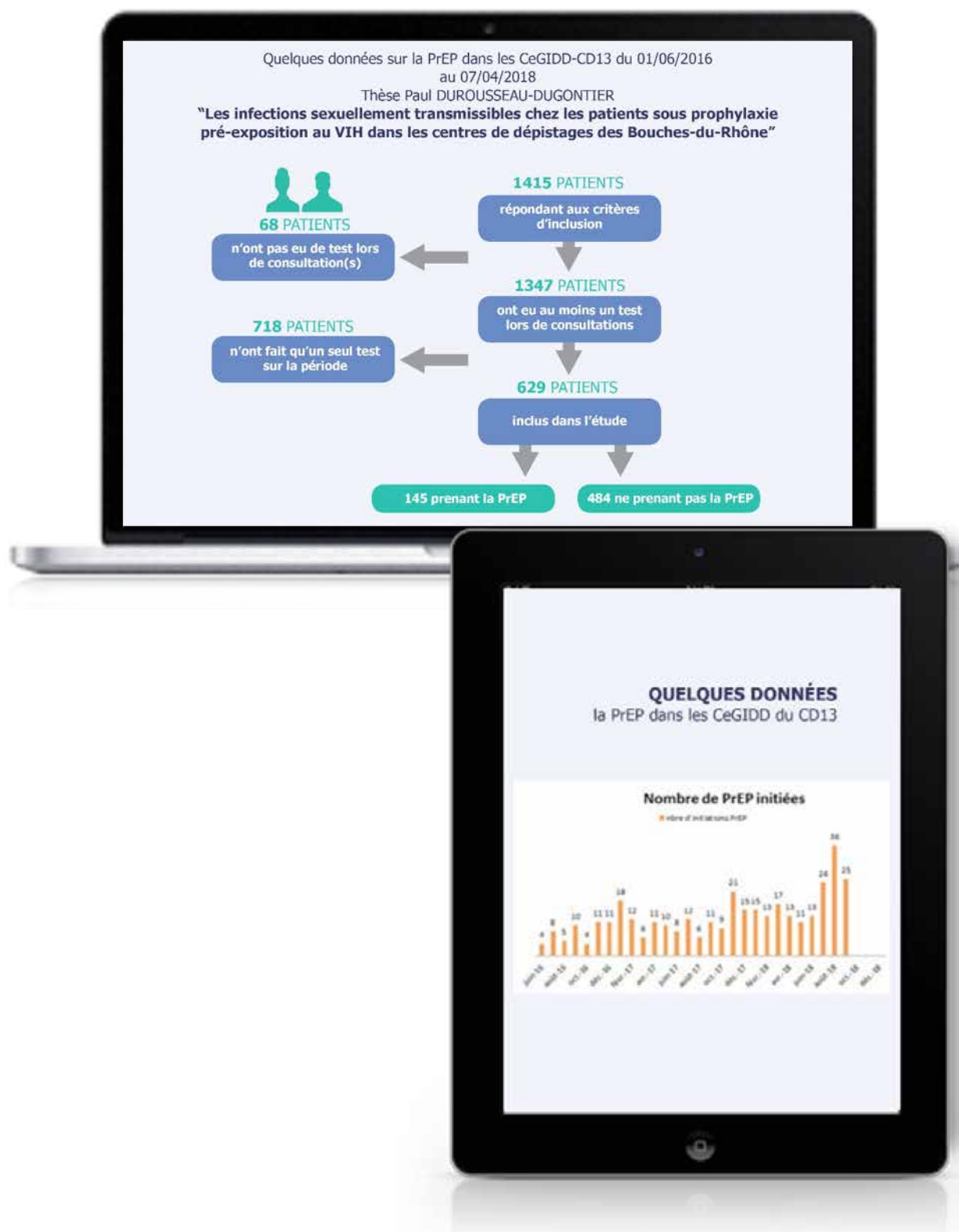
Table ronde 2

ACTIONS DE PRÉVENTION AUPRÈS DU PATIENT

RÉSULTATS SUR L'UTILISATION DES CONSULTATIONS BRÈVES EN SANTÉ SEXUELLE

Dr Pervenche MARTINET

Chef de service CeGIDD,
Conseil départemental 13



Les données recueillies dans les CeGIDD des Bouches-du-Rhône de juin 2016 à avril 2018 montrent que la grande majorité des patients concernés ne bénéficient pas de la PrEP (prophylaxie pré-exposition au VIH ou traitement antirétroviral préventif).

Les freins à la prescription de la PrEP concernent à la fois les patients qui craignent les effets secondaires et les professionnels de santé qui méconnaissent le traitement ou le jugent polémique, susceptible d'encourager des pratiques à risque.

Les pistes d'amélioration portent sur une plus grande communication autour du traitement, un réel accompagnement des personnes candidates et une meilleure information des professionnels.

La posture professionnelle au cours d'une consultation brève en santé sexuelle repose sur :

- une attitude d'intérêt ouvert
- l'instauration d'un rapport d'adulte à adulte avec le patient
- le non-jugement

Les professionnels ont à leur disposition un outil d'intervention sous forme de grille qui propose un schéma sur une durée de 10 à 20 minutes en 9 questions illustrées d'exemples.

Les questions portent sur :

- l'identification et l'évaluation des comportements sexuels à risque du patient,
- sa réceptivité au changement de comportement,
- l'identification des obstacles et l'exploration des solutions pour les surmonter via la mise en place d'une stratégie de réduction des risques sexuels.

L'accent doit être mis sur l'empathie, en dédramatisant, déculpabilisant, instaurant un climat de confiance en s'adaptant à la personnalité du patient.



UTILISATION DE L'INTERVENTION BRÈVE SUR LA THÉMATIQUE DES ADDICTIONS EN CONSULTATION

Dr Thierry VENTRE

Médecin addictologue

CSAPA AVASTOFA 83



L'intervention brève est apparue il y a une vingtaine d'années en addictologie avec son corollaire le repérage précoce, dans le cadre des conduites d'alcoolisation problématiques. Le principe a été étendu aux autres produits psychotropes, mais c'est dans le domaine de l'alcool que son intérêt et son efficacité ont été les plus étudiés.

L'intervention brève est un entretien de type motivationnel qui ne s'adresse pas à des personnes dépendantes mais à des consommateurs excessifs ou à risque. Son objectif n'est pas l'abstinence mais le retour à une consommation à un niveau inférieur au seuil de risque.

Les médecins généralistes, par leur contact avec de nombreux patients, sont les professionnels de santé parmi les plus indiqués pour mettre en œuvre l'intervention brève.

Les principaux freins à cette mise en œuvre sont l'augmentation du temps de consultation, les situations de polyconsommations complexes, les représentations des professionnels de santé sur les substances psychoactives et le manque de formation.

En pratique, l'intervention brève est réalisée à la suite du repérage des personnes ayant une consommation à risque par un entretien standardisé suivant le schéma FRAMES :

- **Feed-back** : la restitution du questionnaire de repérage
- **Responsability** : le changement de comportement appartient au patient
- **Advice** : un conseil de modération clair est délivré au patient
- **Menu** : évoquer les modifications possibles de consommation et laisser le choix
- **Empathie** : attitude positive, attentive et bienveillante
- **Self-efficacy** : encourager le patient sur sa capacité à modifier son comportement

Un document d'information est ensuite remis au patient à qui il est proposé d'en reparler à la prochaine consultation.

Le niveau de preuve sur l'efficacité de l'intervention brève quant à une réduction significative de l'usage d'alcool est élevé : 30 à 50 % des consommateurs excessifs d'alcool diminuent leur consommation de façon durable après une seule intervention.



LA PRÉVENTION EN PHARMACIE : L'EXEMPLE DU DISPOSITIF PHARM'OBSERVANCE

Dr Félicia FERRERA

Présidente de l'URPS
pharmaciens PACA

Le pharmacien acteur de prévention et d'éducation à la santé

Répartition des pharmacies



- ☐ Accès facile,
- ☐ Sans rendez-vous,
- ☐ Larges plages d'ouverture,
- ☐ Temps et nature de l'entretien adapté aux besoins :
 - avec sa pharmacie habituelle dans une relation de confiance
 - dans une pharmacie 'de passage' en entretien anonyme
- ☐ Dr en Pharmacie = informe, dispense, conseille, oriente vers les acteurs compétents.



ICI

**SUIVI PHARMACEUTIQUE
DE VOS TRAITEMENTS***

PRIS EN CHARGE DANS LE CADRE DES
NOUVELLES MISSIONS DU PHARMACIEN



J'ai des questions sur
les effets de mes
médicaments.

À quoi servent mes
traitements ?

J'oublie souvent de
prendre mon
traitement.

Comment mieux
prendre soin de
ma santé ?



*Par un Pharmacien expert en
Pharmacie Clinique, diplômé du DESU Soins
pharmaceutiques adaptés à la personne
agée de la Faculté de Pharmacie de Marseille

Le pharmacien est un véritable acteur de prévention et de promotion de la santé. Son accès est facile, sans rendez-vous, il bénéficie de larges plages horaires d'ouverture. Le patient peut y bénéficier d'un entretien adapté à ses besoins :

- soit avec sa pharmacie habituelle dans une relation de confiance
- soit dans une pharmacie « de passage » en entretien anonyme

En effet, le Docteur en pharmacie informe, dispense, conseille, oriente vers les acteurs compétents.

De nouvelles missions sont apparues depuis la loi Hôpital patients santé territoires, jusqu'au décret du 5 octobre 2018, en passant par les entretiens conventionnels. En effet, le pharmacien s'inscrit dans le parcours de santé du patient, en étant en relation avec le médecin traitant, les pharmaciens hospitaliers et les autres acteurs du soin.

L'adoption par le pharmacien d'officine, acteur de proximité, d'une posture éducative, permettrait de favoriser l'adhésion thérapeutique des patients âgés.

Ainsi, Pharm'Observance PACA est un projet d'éducation thérapeutique du patient à l'officine, qui participe à la coordination des soins. Il permet de répondre aux préoccupations de la iatrogénie médicamenteuse et de l'observance, notamment concernant les patients âgés fragiles polymédiqués, dans la compréhension et la gestion de leurs traitements.

Pharm'Observance, ce sont des méthodes, de l'organisation, des outils, des processus, et une attitude motivationnelle, qui permettent l'accompagnement des patients par le pharmacien.

Prochainement, cette affiche sera visible dans les vitrines de certaines pharmacies dans la région :



LA FONCTION DE MÉDECIN TRAITANT DANS LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ TOUT AU LONG DU PARCOURS DE SOIN

Dr Jean-Luc LE GALL

Président du Conseil régional de l'Ordre des médecins
Provence-Alpes-Côte d'Azur

LA ROSP

Indicateurs de qualité des pratiques cliniques, fixés en cohérence avec les priorités de santé publique, conjointement avec des partenaires conventionnels tenant compte des avis et référentiels (HAS et recommandations internationales).



LA ROSP

2 thèmes de prévention :

Suivi des pathologies :

- Diabète
- Hypertension artérielle
- Risque cardio-vasculaire

Prévention :

- Grippe
- Dépistage des cancers
- Latrogénie
- Antibiothérapie
- Conduites addictives



Lorsque l'on m'a sollicité pour faire cette intervention, je me suis demandé ce que j'allais bien pouvoir raconter. En effet, je n'exerce pas en soins coordonnés, mais en cabinet, nous sommes quatre, mais nous n'avons pas de temps d'échanges au sujet de nos patients.

En fait, je fais tellement de soin, que je n'ai pas le temps de faire de la prévention !

Malgré tout, la prévention, l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique font partie des missions du médecin généraliste. Ces missions sont inscrites dans les textes : lois de santé, codes de déontologie, convention médicale. Elles sont souvent intriquées dans la mission de soins, au travers du colloque singulier avec le patient.

Ces missions de prévention figurent dans trois champs :

- La prévention médicalisée
- L'éducation pour la santé
- L'éducation thérapeutique

La prévention médicalisée comprend les actes techniques comme la vaccination, le dépistage individuel, l'incitation au dépistage collectif ou organisé, la prescription de sérologie, les médicaments.

L'éducation pour la santé a pour but d'aider la personne à modifier ses comportements, ses habitudes de vie ou son environnement, dans le but de protéger sa santé. Elle est multithématique : parentalité, sexualité, addictions, alimentation...

L'éducation thérapeutique doit aider le patient à acquérir les compétences nécessaires pour gérer au mieux une maladie chronique, elle doit rendre le patient conscient et informé sur sa maladie, l'aider à comprendre les traitements et le soutenir afin d'améliorer ses conditions de vie.

Pour aider le médecin traitant dans ses actions de prévention, il existe **la ROSP** (rémunération sur objectifs de santé publique), qui compte des indicateurs de qualité des pratiques cliniques fixés en cohérence avec les priorités de santé publique, et conjointement avec les partenaires conventionnels.

D'autres outils existent, comme les campagnes de dépistage (cancer du sein, colorectal, de l'utérus), des campagnes ciblées (Moi(s) sans tabac), mais aussi des documentations de la CPAM, de l'URPS, des CRES et CoDES...

Finalement, le médecin traitant, par sa proximité avec

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

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

Ce travail de prévention ne doit plus se limiter au seul colloque singulier entre le médecin et son patient, mais s'inscrire dans une prise en charge pluri-professionnelle et dans le cadre d'exercice coordonné. Il est nécessaire de donner une place plus importante à la formation pendant les études médicales.

ACTIONS DE PRÉVENTION PROPOSÉES PAR DES INFIRMIERS LIBÉRAUX

Lucienne CLAUSTRES
Présidente de l'URPS
Infirmiers Provence-Alpes-Côte d'Azur

PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

L'infirmière libérale :

- Éducation à la santé
- Vaccination
- Prescriptions
- Prévention de la chute chez la personne âgée
- Prévention des accidents domestiques
- Prévention dans l'automédication
- Prévention des complications dans les pathologies chroniques
- Prévention des effets secondaires / indésirables des traitements





Les infirmières libérales, par leur présence quotidienne au domicile des patients, peuvent faire beaucoup de repérage de situations critiques. Ainsi, elles peuvent identifier les risques de chute (tapis), repérer les situations de précarité, voire de dénutrition, évaluer les risques d'effets iatrogènes grâce à l'accès aux placards des patients, dans lesquels sont disposés des médicaments non prescrits.

En conclusion, les infirmiers et infirmières libéraux, du fait de leur proximité avec le lieu de vie des patients, sont des acteurs majeurs de la prévention et de la promotion de la santé.

Le repérage de la fragilité comprend plusieurs éléments :

- identification de déficit sensoriel : vision, audition
- déficit nutritionnel : perte d'appétit, contrôle de la courbe de poids, état buccal
- vérification de la mobilité et de l'équilibre : vérification des paramètres de tension, recherche d'une hypotension orthostatique, chaussures adaptées
- évaluation de l'autonomie grâce à l'IADL (échelle instrumentation des actes de la vie courante)
- évaluation socio-économique.

Concernant les risques à domicile, il s'agit :

- de faire un rapide état des lieux des locaux de vie
- de proposer l'aménagement de la salle de bain ou des toilettes, avec des barres pour se tenir

Pour ce qui est des traitements, il s'agit de les préparer, les distribuer, veiller à une bonne observance et apporter des éléments d'éducation au traitement.

L'infirmière libérale soutient les actes de la vie quotidienne, veille à une bonne alimentation, prévient le risque d'escarres et écoute les peurs des patients : *« Je ne parle pas de ce problème au docteur, il a tellement de travail... », « je ne prends pas ce médicament, parce que sur la notice, il est écrit cet effet secondaire ».*

Table ronde 3

PREVENTION DANS LA FORMATION INITIALE ET CONTINUE

LA MISE EN PLACE DU SERVICE SANITAIRE

Pr Jean-Michel VITON

Référent service sanitaire, Faculté de médecine,
Aix-Marseille-Université (13)

Isabelle PESCHET

Chef du projet service sanitaire,
ARS PACA

SERVICE SANITAIRE 2018/2019

Thématiques définies :

- Éducation à la santé sexuelle : **lycées / collèges**
- Alimentation et activité physique : **écoles**
- Addictions : **lycées / collèges**
- Hygiène bucco-dentaire : **écoles**

Etudiants :

- Médecine DFG 3
- Pharmacie DFA 2
- Odontologie DFG 3
- Maïeutique DFA1
- MK MK2



L'instauration d'un service sanitaire pour tous les étudiants en santé (médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique, soins infirmiers et masseur-kinésithérapeute) s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de santé dont le premier axe est de mettre en place une politique de prévention et de promotion de la santé.

Porté conjointement par le ministère des Solidarités et de la Santé et le ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, le service sanitaire s'adresse aux 47.000 étudiants en santé afin de les sensibiliser aux enjeux de prévention et de promotion de la santé.

L'objectif est de former tous les futurs professionnels de santé aux enjeux de la prévention par la participation à la réalisation d'actions concrètes de prévention auprès de publics identifiés comme prioritaires. L'arrêté du 12 juin 2018 relatif au service sanitaire pour les étudiants en santé définit les priorités suivantes :

- Initiation des étudiants aux enjeux de la prévention primaire
- Intégration de la prévention dans les pratiques des professionnels de santé
- Réalisation d'actions concrètes de prévention
- Lutte contre les inégalités territoriales
- Interprofessionnalité/interdisciplinarité

En région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, un comité stratégique et un comité de pilotage réunissent l'ARS, le Rectorat, la Région, les Facultés, les IFSI, l'AP-HM et le CRES.

Les thématiques et lieux d'intervention définis sont :

- Education à la santé sexuelle : lycées, collèges
- Alimentation et activité physique : écoles
- Addictions : lycées, collèges
- Hygiène bucco-dentaire : écoles

La formation des étudiants comprendra comme tronc commun un module transversal "Éducation pour la santé" (assuré par le Pr P. Auquier, le Dr J. Berbis et le Dr MC Simeoni) puis 4 enseignements en parallèle liés aux groupes thématiques :

- Education à la santé sexuelle : Pr F. Bretelle - Mme Mariotti
- Alimentation et activité sportive : Pr A. Dutour - Mme C. Badens
- Addictions : Pr AL. Péliissier - M. T. Augier - Mme C. Zakarian - Mme C. Solas
- Hygiène bucco-dentaire : Pr D. Tardivo - Dr T Augier Mme C. Zakarian



Pour cette rentrée, 800 étudiants sont concernés et seront répartis en groupes de 5. L'action concrète se déroulera de février à mai 2019.

L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL, EXEMPLE DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT ET DE LA VACCINATION

Dr Pierre SONNIER
Pharmacien, formateur,
CRES PACA



L'entretien motivationnel est né dans les années 80 auprès de patients dépendant à l'alcool et développé par Millner et Rollnick. Il s'agit d'un style de conversation collaboratif visant à renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement.

Faire vacciner son enfant, pratiquer une activité physique régulière, prendre son traitement médicamenteux tous les jours... sont des changements de différentes natures que le soignant a comme objectifs pour le patient.

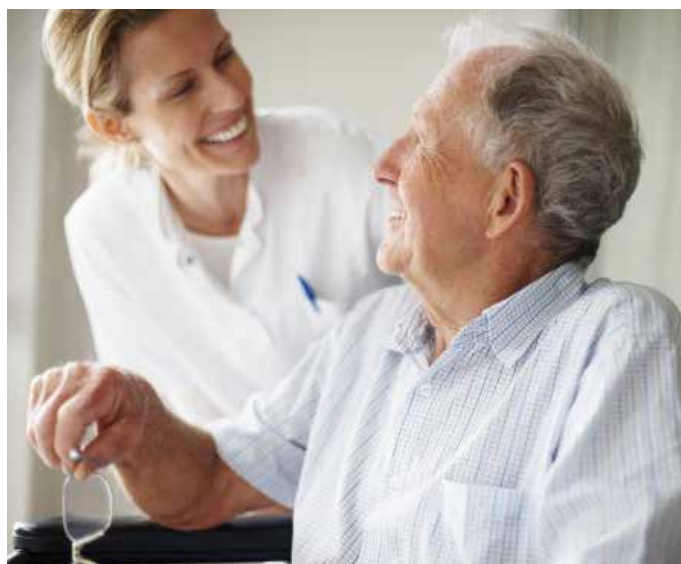
Une attitude encore fréquente chez les soignants vise à dire aux patients ce qu'ils doivent faire et comment ils doivent le faire. Or cette posture peut favoriser la résistance au changement chez le patient.

En effet, la plupart des patients sont ambivalents face au changement : « *la vaccination peut protéger mon enfant mais on entend tellement parler des risques...* », « *je pourrais aller faire une petite marche en fin de journée, cela serait bien pour ma santé, mais je suis tellement fatigué après le boulot...* ». L'argumentation du soignant peut conduire le patient à développer une contre-argumentation, ce qui est contre-productif.

L'entretien motivationnel vise **à favoriser chez le patient la verbalisation de ses propres arguments en faveur du changement**, ce qui le conduit à une attitude plus favorable au changement. Cette méthode considère **l'ambivalence** comme une étape normale chez une personne et il s'agit alors d'avoir une conversation sur le changement.

Elle nécessite un cadre particulier pour la relation entre un soignant et la personne :

- Une empathie approfondie : un effort conscient et actif du soignant pour essayer de comprendre le point de vue interne de l'autre, pour voir son monde à travers ses yeux. Cette empathie permet à la personne d'explorer ses ambivalences en sécurité.
- Un soutien de l'autonomie : le non-jugement implique de valoriser et de respecter l'autonomie de chacun, sa capacité à se diriger lui-même. Reconnaître explicitement la liberté de choix de la personne diminue l'attitude d'opposition et facilite le changement.



Plusieurs méta-analyses ont démontré l'efficacité de l'entretien motivationnel dans les domaines suivants : adhésion au traitement, vaccination, gestion du diabète, réhabilitation, cardiovasculaire, tabagisme...

Ce style d'entretien demande de respecter **une posture, des étapes et une méthodologie précise**. Une formation à la pratique est nécessaire pour les professionnels de santé.

Contact

**Comité régional d'éducation pour la santé
Provence-Alpes-Côte d'Azur**

178 Cours Lieutaud, 13006 Marseille

Tél. 04 91 36 56 95

Site : www.cres-paca.org