

Colloque

Vendredi 12 octobre 2018

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

Présentation de 3 rapports
nationaux

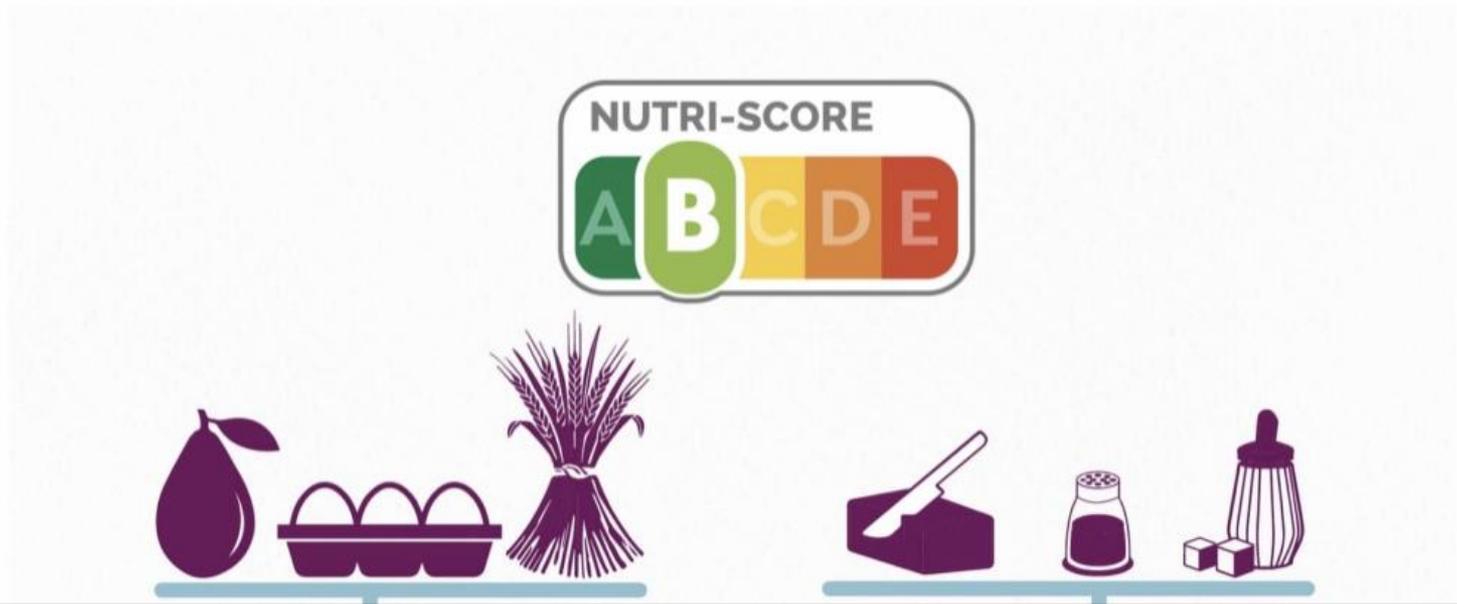


www.enpatientant.fr



la campagne

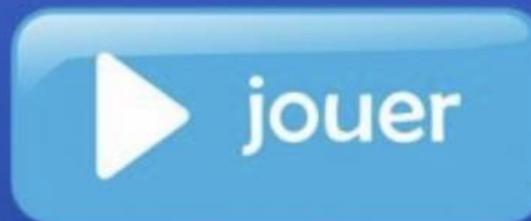
CA, C'EST LE NUTRISCORE !



Combien de SUCRES ?

Savez-vous combien il y a de sucre dans les produits alimentaires ?

Testez votre perception du sucre dans les aliments en essayant d'évaluer l'équivalent en morceaux de sucres !



Combien de sucres dans le produit Coca Cola ?

Bonne réponse : 10 morceaux de sucre (10g)
Mauvaise réponse : 10 morceaux de sucre (10g)
Mauvaise réponse : 10 morceaux de sucre (10g)
Mauvaise réponse : 10 morceaux de sucre (10g)

Combien de sucres dans le produit pour votre réponse

A vous de jouer !



Calculer votre IMC - Indice de masse corporelle

Votre taille : * *cm*

Votre poids : * *kg*

CALCULER

Place des offreurs de soins dans la prévention

- Rapport du Haut Conseil de la Santé Publique -

Professeur Franck CHAUVIN
Président

Avant-propos

La ministre des solidarités et de la santé a sollicité le Haut Conseil de la santé publique pour préparer la Stratégie Nationale de Santé qui définira les priorités de la politique de santé pour les années à venir.

Plutôt que de faire un diagnostic épidémiologique par pathologie, les experts du Haut Conseil de la santé publique ont identifié les principaux défis qui se poseront à court et moyen terme en se fondant sur une analyse prospective et en capitalisant sur les nombreux travaux menés depuis 10 ans.

Quatre problèmes majeurs constituant potentiellement des menaces pour la santé des français et



Le Haut Conseil de la santé publique propose de développer massivement la prévention. 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 Haut Conseil de la santé publique propose ainsi une adaptation du système de santé avec notamment deux virages : un virage préventif et un rééquilibrage vers des soins primaires

Le Haut Conseil de la santé publique participera à l'élaboration de la Stratégie Nationale de Santé. Il défendra les propositions présentées dans ce rapport convaincu qu'une telle stratégie doit répondre à des enjeux majeurs par une adaptation en profondeur de notre système de santé.

Zeina Mansour
Vice-Présidente du HCSP

Franck Chauvin
Président du HCSP

METTRE EN PLACE
UNE POLITIQUE DE PROMOTION
DE LA SANTÉ, INCLUANT
LA PRÉVENTION, DANS TOUS LES
MILIEUX ET TOUT AU LONG
DE LA VIE

LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS À LA SANTÉ



GARANTIR LA QUALITÉ,
LA SÉCURITÉ ET LA PERTINENCE
DES PRISES EN CHARGE AU
BÉNÉFICE DE LA POPULATION

INNOVER POUR TRANSFORMER
NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ
EN REAFFIRMANT
LA PLACE DES CITOYENS



**PNSP
(26/03/2018)**

**Cohérence et
remplacement des**

PNRSP (2018)

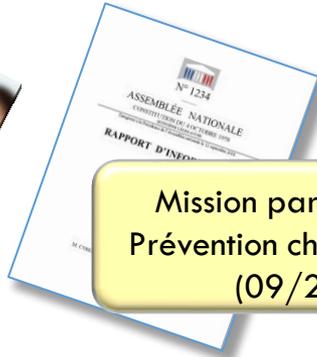
**Plan d'accès aux soins
(10/2017)**



**Service Sanitaire
(09/2018)**



**Stratégie de transformation du
système de santé (09 2018)**



**Mission parlementaire
Prévention chez les jeunes
(09/2018)**

METTRE EN PLACE
UNE POLITIQUE DE PROMOTION
DE LA SANTÉ, INCLUANT
LA PRÉVENTION, DANS TOUS LES
MILIEUX ET TOUT AU LONG
DE LA VIE

LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS
SOCIALES ET TERRITORIALES
D'ACCÈS À LA SANTÉ



GARANTIR LA QUALITÉ
LA SÉCURITÉ ET LA PERTINENCE
DES PRISES EN CHARGE AU
BÉNÉFICE DE LA POPULATION

« Dès les engagements que j'avais pu prendre devant nos concitoyens, j'avais appelé à une révolution de la prévention, qui ferait résolument passer notre système et vos pratiques d'une approche curative à une approche préventive »
19/09/2018

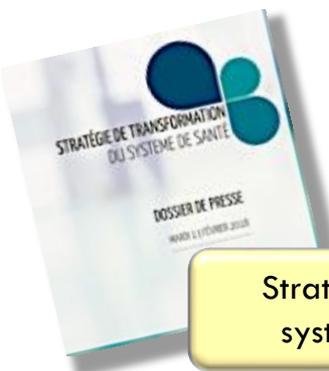


**PNSP
(26/03/2018)**

**Cohérence et
remplacement des**

PNRSP (2018)

**Plan d'accès aux
(10/2017)**



**Stratégie de transformation du
système de santé (09 2018)**



**Mission parlementaire
Prévention chez les jeunes
(09/2018)**



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

Méthodologie

- Saisine HCSP DGS/DGOS
- Secteur hospitalier et exercice collectif ambulatoire.
- Auditions, Contribution écrites.
- Auditions de 3 ARS : Normandie, Océan Indien, Pays de la Loire.
- Enquête auprès des URPS, février 2018.
- Bibliographie
- Analyse des actions intégrées par les ARS (volontaires) dans la base (OSCARS) en 2016 (hors ETP).

Perception de la prévention

- Les offreurs de soins
 - Intérêt de la prévention, expérimentations
 - Différences conceptuelles entre prévention et promotion de la santé peu claires
- Clarification :
 - Les concepts ne s'opposent pas.
 - Prévention davantage centrée sur l'individu mais suppose une approche populationnelle.
 - Système de soins 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.

Éléments clés - activités

- Informations dispersées, hétérogènes et personne dépendante
- Aucun mode de recueil de l'information, aucune institution en capacité de dresser un panorama précis de l'activité
- A « l'hôpital » : des activités institutionnelles de prévention :
 - 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),
 - équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), programmes éducation thérapeutique du patient
- En ambulatoire (regroupé) : contraception, dépistage organisé, l'activité physique adaptée, la prise en charge des MC, mais très faible visibilité Et lisibilité
- Nombreux exemples : Vigilans, je t'aime mon cœur, Asalée

Éléments clés - financement

- Initiatives personnes dépendantes et en opportunité, sans financement pérenne
- Financement à l'activité pas adapté
- Parfois, volet Prévention négocié dans les CPOM et les projets médicaux partagés mais crédits affectés à d'autres postes.
- Parfois, contradiction entre la DOS incitant à la réduction de la masse salariale et la DSP qui sollicite de nouveaux projets.
- ✂ nuit à la mise en œuvre d'une prévention de qualité, pérenne et accessible à tous et répondant à des objectifs
- ✂ favorise des mises en concurrence entre acteurs : dispositif d'AAP plutôt que AO

Éléments clés – organisation

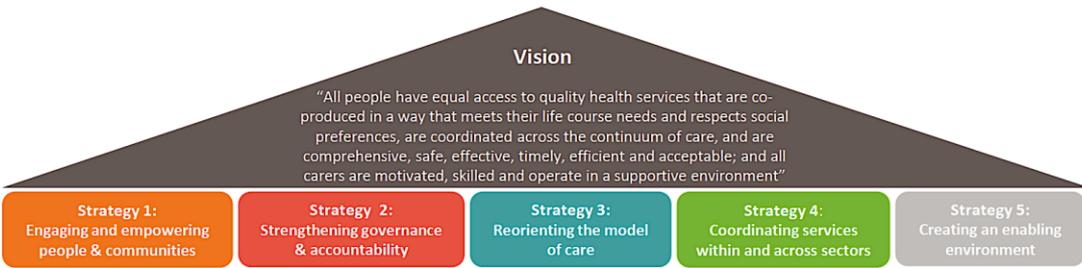
Multitude de dispositifs territoriaux
non cohérents entre eux

- Dispositifs d'action
 - Le groupement hospitalier de territoire (GHT)
 - Le Contrat local de santé (CLS)
 - La plateforme territoriale d'appui (PTA)
- Dispositifs de pilotage
 - La commission de coordination des politiques publiques
- Dispositifs de représentation territoriale
 - Union régionale des professionnels de santé (URPS)
- Dispositifs de démocratie sanitaire
 - Conférence régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA)
 - Conseil Territorial de Santé (CTS)
- Autres dispositifs
 - Les Programmes Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) :
 - Les Conseils locaux de santé mental (CLSM)

Principes – Missions

La système cible

Framework on integrated people-centred health services: an overview



Strategic Approaches

- | | | | | |
|---|--|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 1.1 Engaging and empowering individuals and families 1.2 Engaging and empowering communities 1.3 Engaging and empowering informal carers 1.4 Reaching the underserved & marginalized | <ul style="list-style-type: none"> 2.1 Bolstering participatory governance 2.2 Enhancing mutual accountability | <ul style="list-style-type: none"> 3.1 Defining service priorities based on life-course needs, respecting social preferences 3.2 Revaluing promotion, prevention and public health 3.3 Building strong primary care-based systems 3.4 Shifting towards more outpatient and ambulatory care 3.5 Innovating and incorporating new technologies | <ul style="list-style-type: none"> 4.1 Coordinating care for individuals 4.2 Coordinating health programmes and providers 4.3 Coordinating across sectors | <ul style="list-style-type: none"> 5.1 Strengthening leadership and management for change 5.2 Strengthening information systems and knowledge 5.3 Striving for quality improvement and safety 5.4 Reorienting the health workforce 5.5 Aligning regulatory frameworks 5.6 Improving funding and reforming payment systems |
|---|--|---|--|---|



World Health Organization

Service Delivery and Safety

People-centred and integrated health services: an overview of the evidence

Interim Report



« Alors face à ce constat, quel est, quel doit être à mes yeux, la vision d'arrivée de ce système de santé ? C'est un système qui doit mieux prévenir, être centré sur le patient et sur la qualité du soin. »

Stratégie de transformation du système de santé, 19 Septembre 2018

Principes – Missions

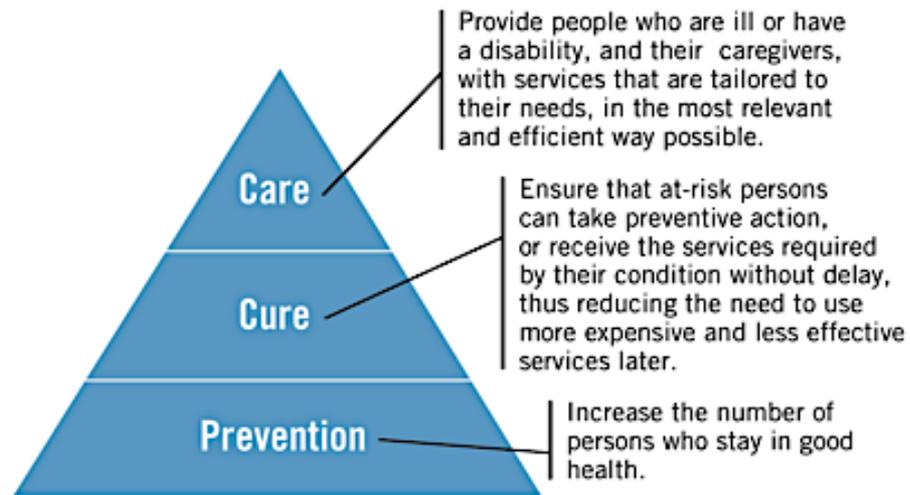
La responsabilité populationnelle

- Québec au début des années 2000 lors de la mise en œuvre de la réforme du système de santé.
- L'idée d'une responsabilité populationnelle, assumée collectivement à l'échelle locale par le regroupement des établissements de première ligne.
- 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.

Principes – Missions

La responsabilité populationnelle

- Québec au début des années 2000 lors de la mise en œuvre de la réforme du système de santé.
- L'idée d'une responsabilité populationnelle, assumée collectivement à l'échelle locale par le territoire.
- Maintenir et d'améliorer la santé du territoire donné en :
 - Rendant accessibles les services de soins coordonnés, qui ne sont pas exprimés de l'offre de soins existante.
 - Assurant l'accompagnement des personnes âgées.
 - Agissant en amont de la maladie.



Source: Direction de santé publique de Montréal
Prevention, Cure, Care – Challenges of an Ageing Society,
1999 Annual Report on the Health of the Montreal Population

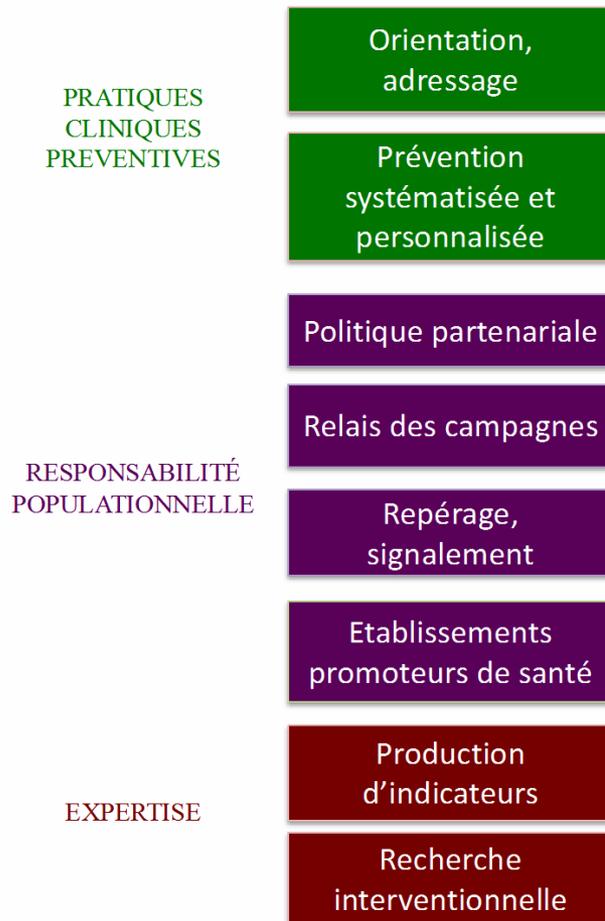
Impliquer les acteurs de l'offre de soins autour de 8 missions essentielles de prévention et promotion de la santé.

PRATIQUES
CLINIQUES
PREVENTIVES

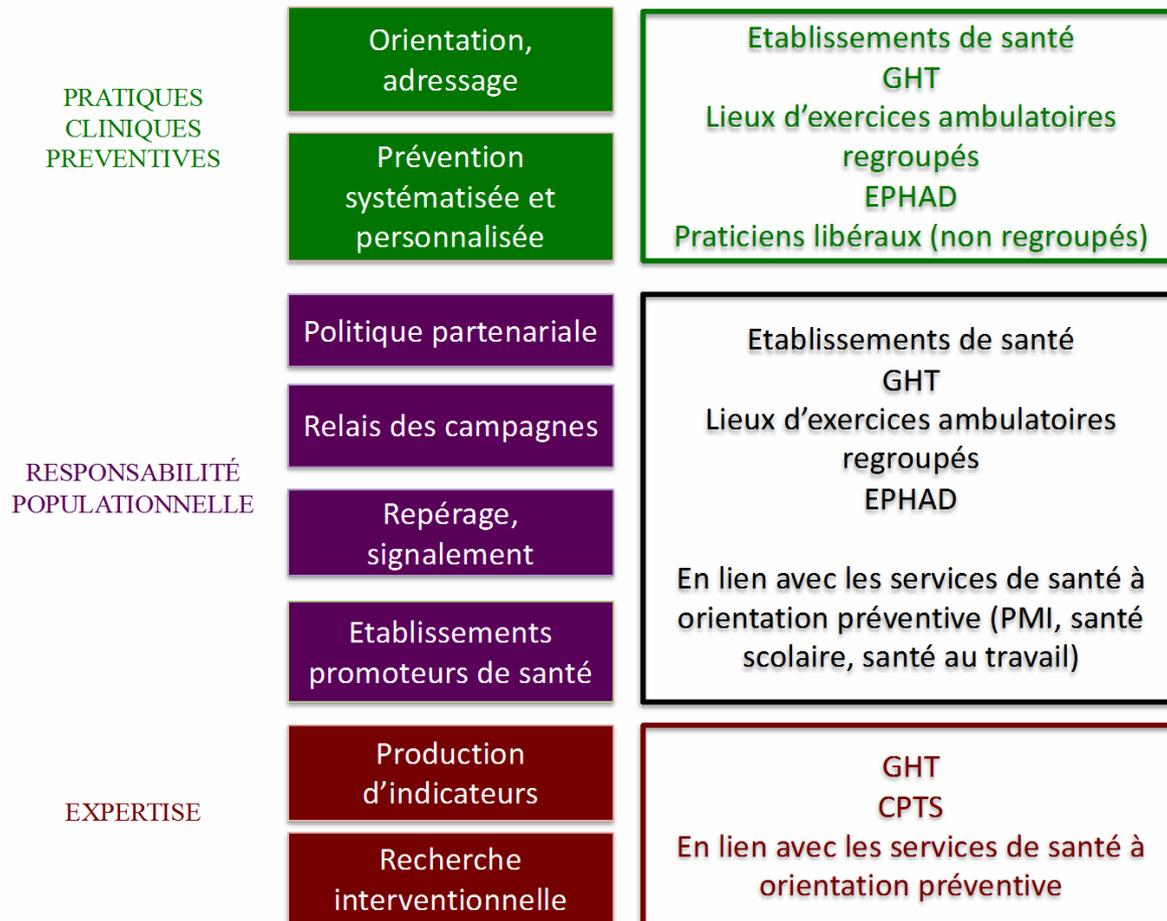
RESPONSABILITÉ
POPULATIONNELLE

EXPERTISE

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

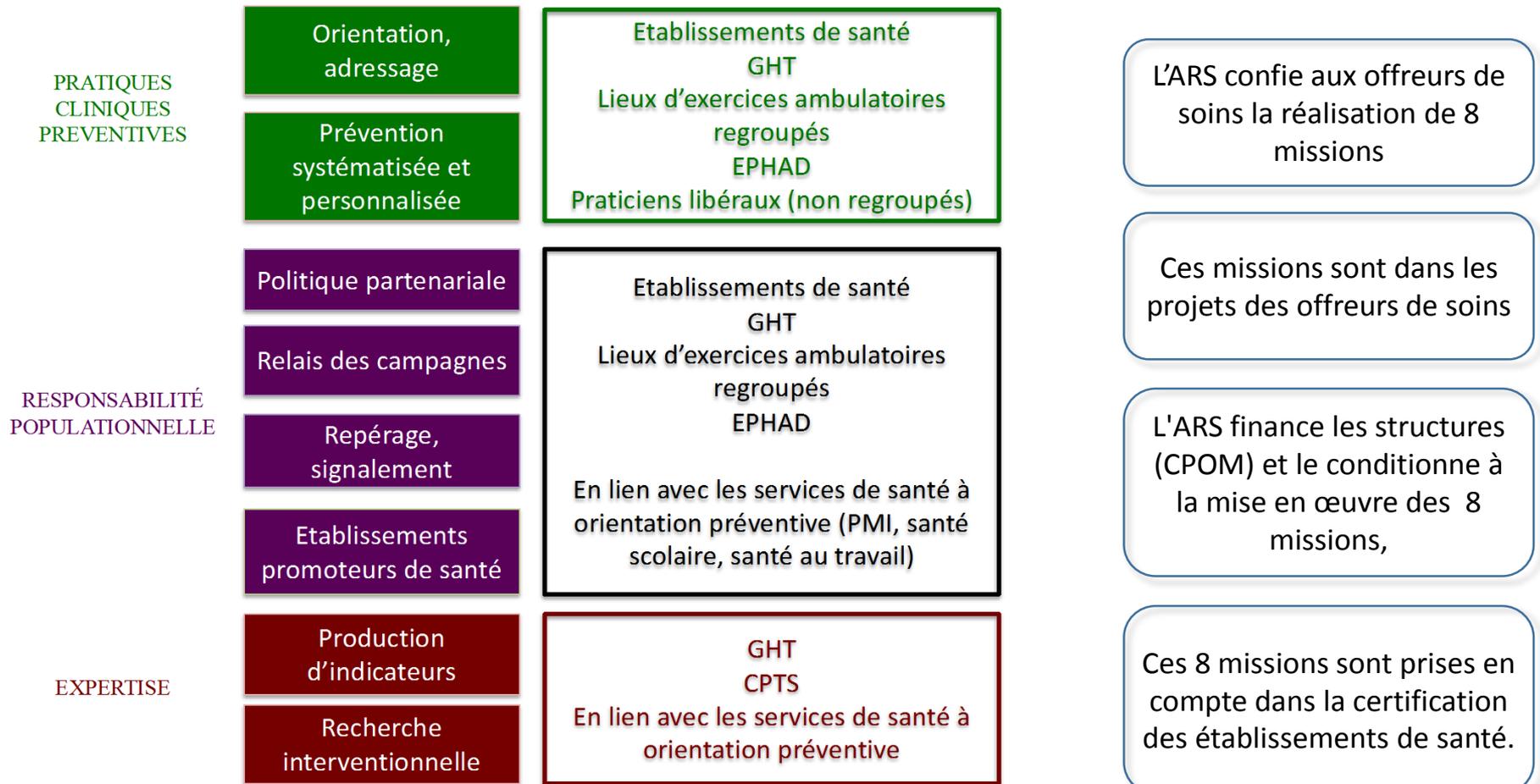


Impliquer les acteurs de l'offre de soins autour de 8 missions essentielles de prévention et promotion de la santé.



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 préventive
- Généraliser OSCARS (ARS)
- Tableau de bord régional

Soutenir les Offreurs de soins dans leurs 8 missions

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

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 préventive
- 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

Renforcer et mobiliser les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé

- Rapport de la Conférence Nationale de Santé-

Professeur Emmanuel RUSCH
Vice-Président





**Groupe de travail CNS
« Renforcer et mobiliser les acteurs
de la prévention et de la promotion de la santé »**

Rapporteurs : Martine Leroy – Patricia Colson – Emmanuel Rusch / B. DeVictor

Constats

- **Promotion de la santé et prévention**
 - « Une multiplicité d'acteurs, une gouvernance éparpillée, des financements dispersés » (*C. Isaac-Sibille et E. Bareigts*)
- **Offreurs de soins/non offreurs de soins**
- **Acteurs de la promotion de la santé**
 - Peu connus et reconnus, souvent même invisibles aux yeux des autres acteurs de santé.
 - Dispersés, trop souvent mis en concurrence, fragilisés par des financements annuels non pérennes, sans visibilité de moyen terme.

Quels acteurs ?

- **Des emplois et métiers diversifiés, multiples :**
 - Préoccupation principale orientée sur des activités de PS-P ;
 - Activité « partielle » en PS-P (+/-compétences spécifiques) ;
 - Acteurs relais d'une attention ou d'une préoccupation sur la PS-P.
- **Typologie d'acteurs :**
 - Acteurs qualifiés et/ou obtention un diplôme universitaire) ;
 - Acteurs formés par l'expérience sans formation diplômante ;
 - Bénévoles formés ou non (militant associatif, aidant, famille, malade ...).

Contexte

**Autosaisine
CNS**

**Saisine
DGS**

**1^{er} partie
Avis CNS**

**2^e partie
Avis CNS**

**Juillet
2017**

**Janvier
2018**

**Février
2018**

**Juillet
2018**

**Regroupement des 2 parties
Adoption par la CNS le 28 septembre 2018**

Autosaisine CNS

Renforcer et mobiliser les acteurs de la prévention

Constitution d'un groupe de travail de la CNS

Paris, le jeudi 20 juillet 2017

Rapporteurs : Mme Colson, Mme Leroy, M. Rusch

Le groupe de travail dégagera les axes de recommandations pour permettre de rendre plus visibles les acteurs de la prévention et promotion de la santé, plus lisibles leurs référentiels d'intervention, mieux reconnues les compétences qu'ils mettent en œuvre.

Il s'agira également de s'interroger sur les modalités de mobilisation de ces acteurs, au niveau territorial, pour une action efficiente, coordonnée, contribuant à lutter durablement contre les inégalités de santé.

La question des modalités de financement pour la pérennisation des interventions sera également abordée.



Bernadette Devictor,
Présidente Conférence nationale de santé

Saisine DGS

Le Directeur général de la santé

Réf. : D-17-030824

Paris, le

15 JAN. 2018

Madame la Présidente de la Conférence nationale de santé,

Dans ce contexte contraint, nous souhaitons saisir la Conférence nationale de santé pour que le travail en cours dans le cadre de l'auto saisine « Renforcer et mobiliser les acteurs de la prévention » s'articule avec la saisine du Haut conseil de la santé publique sur le rôle des offreurs de soins demandée conjointement par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Direction générale de la santé (DGS), dont vous trouverez ci-joint une copie.

Vous veillerez, en particulier, à identifier les leviers et les freins à la mobilisation des acteurs de la prévention qui ne sont pas des offreurs de soins. L'objet de vos travaux devra se centrer sur la prévention collective auprès des populations, en particulier dans une démarche de réduction des inégalités de santé. Vous ferez des propositions sur les axes prioritaires à promouvoir en la matière.

Vous pouvez également inclure dans le champ de vos travaux la médiation sanitaire et l'accompagnement par les patients-experts.

Le Directeur Général de la Santé,

Professeur Jérôme SALOMON

Méthode et outils de travail

Un travail en 2 temps s'appuyant sur :

- Groupe de travail et CSDU
- Questionnaire
- Avis précédents de la CNS (2008;2017)
- Auditions
- Contributions d'organismes



**Projet d'avis « Renforcer et mobiliser les acteurs
de la promotion de la santé et de la prévention »
Septembre 2018**

Avis Promotion de la santé – Prévention (PS-P)

Structuration en 3 grands axes

Créer les conditions
nécessaires au
développement effectif de
la PS-P

Renforcer
les acteurs de la PS-P :
Diagnostic, référentiels de
compétences et de métiers,
formation

Optimiser la mobilisation
des acteurs dans la PS-P :

Territorialisation des
programmes et
responsabilisation
populationnelle des acteurs

Recommandations

- **CRÉER LES CONDITIONS NÉCESSAIRES AU DÉVELOPPEMENT EFFECTIF DE LA PS-P**
 - Faire enfin, de manière opérationnelle, le choix de la PS-P
 - Assurer la cohérence entre le financement et la priorité attribuée à la PS-P
 - Mettre en place, à tous les niveaux territoriaux, une coordination intersectorielle
 - FAIRE AVEC les populations concernées et dans le respect des droits des usagers, tant au niveau national que local.

Recommandations

FAIRE ENFIN, DE MANIÈRE OPÉRATIONNELLE, LE CHOIX DE LA PS-P

- **Retenir la promotion de la santé (charte d'Ottawa) comme cadre de référence et d'organisation de notre système de santé et de nos politiques de santé.**
- **Renforcer les savoirs et compétences des décideurs**
 - *Promotion de la santé-Prévention,*
 - *Politique de santé publique,*
 - *Priorisation actions et populations au regard des besoins avérés.*
- **Reconnaitre la place des collectivités territoriales**
- **Prendre en compte impérativement les enjeux sanitaires ou environnementaux au regard d'enjeux qui ne seraient qu'exclusivement économiques.**

ASSURER LA COHÉRENCE ENTRE NIVEAU DE FINANCEMENT ET PRIORITÉ ATTRIBUÉE À LA PS-P

- **Evaluer les besoins**, pour la mise en place de la priorité « promotion de la santé - prévention »,.
- **Identifier toutes les ressources et moyens qui seront à mobiliser** (déjà, ou NON, présents et engagés dans les différents organismes et institutions).
- **Inscrire les modalités de financement pérennes dans la loi ou dans le cadre réglementaire.**
- **Pérenniser le financement de la priorité accordée à la PS-P grâce à des attributions financières aux acteurs sur une base pluriannuelle.**

Recommandations

METTRE EN PLACE, À TOUS LES NIVEAUX TERRITORIAUX, UNE COORDINATION INTERSECTORIELLE

- **Intégrer et traduire 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 :**
 - *Comité interministériel pour la santé (CIS) ;*
 - *Commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention (CCPPP).*
 - *Conférence des financeurs de la prévention de la perte ;*
 - *Contrats locaux de santé (CLS).*
- **Identifier des outils et indicateurs pertinents permettant mesure, suivi, évaluation des interventions intersectorielles.**

Recommandations

FAIRE AVEC LES POPULATIONS ET DANS LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS, TANT AU NIVEAU NATIONAL QUE LOCAL

- **Systématiser la participation des usagers, de la conception à l'évaluation des politiques de PS-P.**
- **Encourager et soutenir les dynamiques d'empouvoirement,**
 - *4 enjeux (éthique, politique, technique, pratique) et 3 dimensions (individuelle, relationnelle et collective).*
- **Promouvoir la littératie en santé**
 - **capacité d'agir en faveur de sa santé et de celle de sa communauté.**
- **Accéder à une information de qualité (déterminants,...), disponible et compréhensible, préalable à la capacité d'agir (SPIS).**
- **Construire des messages de promotion de la santé avec les usagers, un impératif d'efficacité et de pertinence.**

Recommandations

➤ RENFORCER LES ACTEURS DE LA PS-P

- Construire un cadre éthique et déontologique commun à tous pour intervenir auprès des personnes et des populations
- Réaliser une expertise des métiers et compétences en PS-P
 - *en incluant les acteurs de l'empouvoirement,*
 - *en identifiant les métiers à fort enjeu*
- Définir un référentiel de compétences partagé
- Développer une politique de formation appropriée

RENFORCER LES ACTEURS DE LA PS-P

Quelques constats sur le champ de l'empouvoirement :

- *Développement des interventions dans le champ de la pair aideance : un mouvement sociétal en faveur d'une plus grande indépendance et autonomie par rapport aux ressources institutionnelles.*
- *Richesse d'intervenants, de dénominations, de statuts mais déficit de lisibilité sur les compétences mises en jeu, les missions remplies, et interrogation sur la pérennisation de ces différents dispositifs.*
- *Reconnaître l'existence de ces acteurs, reconnaître leur rôle auprès des usagers les plus en demande.*

Recommandations

CONSTRUIRE UN CADRE ÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIQUE COMMUN À TOUS POUR INTERVENIR AUPRÈS DES USAGERS

- **S'appuyer sur les « *Ethical Values Underpinning Health Promotion CoreCompetencies* » [CompHP].**
 - *La santé en tant que droit humain, ... ;*
 - *Le respect de tous les aspects de la diversité, ... ;*
 - *La lutte contre les inégalités en matière de santé, à l'injustice sociale ...;*
 - *L'attention à ce que les actions de PS soient bénéfiques et ne nuisent pas ;*
 - *L'honnêteté vis à vis de la promotion de la santé ... ;*
 - *La recherche des meilleures informations disponibles et des preuves nécessaires pour mettre en œuvre ... ;*
 - *Le partenariat comme base de l'action de promotion de la santé ;*
 - *L'autonomisation des individus et des groupes ... ;*
 - *Le développement durable ... ;*
 - *La responsabilité quant à la qualité»*

Recommandations

RÉALISER UNE EXPERTISE DES MÉTIERS ET COMPÉTENCES **EN PS-P**

EN INCLUANT DANS LE CHAMP LES ACTEURS DE L'EMPOUVOIREMENT,

- Identifier les différents types et modes d'intervention, les catégories d'acteurs ;
- Clarifier les dénominations et les rôles qu'elles recouvrent
- Repérer l'ensemble des formations délivrées dans le champ de la PS-P
- Rassembler les référentiels métiers existants
- Identifier les métiers à fort enjeu

Recommandations

DÉFINIR UN RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES PARTAGÉ

- **Retenir le référentiel CompHP comme référentiel de « référence » généraliste dans le champ de la PS.**
 - Favoriser le changement ; Plaider pour la santé ; Travailler en partenariat ; Communiquer ; Le leadership ; L'évaluation des besoins et des atouts ; La planification ; La mise en œuvre ; L'évaluation et la recherche.
- **Définir le référentiel concernant l'accompagnement et l'empouvoirement, (s'appuyer sur différents documents tel que le référentiel de la HAS sur le thème de la médiation en santé).**
- **Le développement des outils numériques et de leurs usages (e.santé) implique le développement de nouvelles compétences chez les acteurs de la PS-P.**

Recommandations

DÉVELOPPER UNE POLITIQUE DE FORMATION APPROPRIÉE

- Définir une formation de niveau «Sensibilisation» (PS-P, l'affaire de tous) ;
- Prendre en compte la singularité des acteurs et des parcours professionnels, reconnaître les acquis de l'expérience ;
- Assurer une formation continue accessible à tous ;
- Favoriser l'articulation entre promotion de la santé et développement durable
- Intégrer les données probantes en PS-P au sein des formations
- Soutenir la recherche en PS-P

Recommandations

- **OPTIMISER LA MOBILISATION DES ACTEURS DE LA PS-P : TERRITORIALISATION DES PROGRAMMES ET RESPONSABILISATION POPULATIONNELLE DES ACTEURS**
 - **Faire émerger des politiques territoriales de PS-P**
 - **Développer la culture de l'exploitation des retours d'expérience**
 - **Définir des modalités de financement en accord avec la priorité donnée à la PS-P**

FAIRE ÉMERGER DES POLITIQUES TERRITORIALES DE PS-P

Définition claire et lisible d'objectifs de PS-P permettant de mobiliser tous les acteurs, chacun dans son domaine d'expertise.

- **Appuyer les programmes et politiques de PS-P sur un diagnostic territorial ;**
- **Identifier les niveaux géographiques de mobilisation des acteurs autour d'un projet de PS-P ;**
- **Identifier une structure de coordination des acteurs PS-P au niveau des territoires ;**
- **Travailler les liens entre acteurs de PS-P et autres acteurs de santé, tout au long du parcours de santé et de vie**

Recommandations

OPTIMISER LA MOBILISATION DES ACTEURS EN PS-P :

TERRITORIALISATION DES PROGRAMMES ET RESPONSABILISATION POPULATIONNELLE DES ACTEURS

- **DÉVELOPPER LA CULTURE DE L'EXPLOITATION DES RETOURS D'EXPÉRIENCE**
 - Evaluer les actions du point de vue de l'apport pour l'utilisateur et favoriser la diffusion des expériences réussies et pertinentes
- **DÉFINIR DES MODALITÉS DE FINANCEMENT EN ACCORD AVEC LA PRIORITÉ DONNÉE À LA PS-P**
 - Modalités de financement facilitant le partenariat et la complémentarité des acteurs.
 - Niveau de rémunération des professionnels de PS-P en cohérence avec l'importance de l'enjeu que représente la PS-P, et à la « hauteur » de leurs formations ou diplômes.

En vous remerciant de votre attention

Travaux du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie sur le thème de la prévention

Madame Sandrine Danet
Chargée de mission, HCAAM



Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

HCAAM

Instance de concertation et de débats

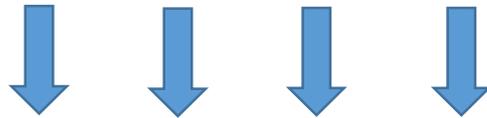
- ❑ Créée par décret du 7 octobre **2003**
- ❑ Contribue à une meilleure **connaissance des enjeux**, du **fonctionnement** et des **évolutions envisageables des politiques d'assurance maladie**
- ❑ **Produit des avis destinés à éclairer les pouvoirs publics sur les choix possibles concernant l'organisation du système de santé et son financement**
- ❑ **Composition : 66 membres**

Rassemble l'ensemble des parties prenantes du système de santé et d'assurance maladie et des personnalités qualifiées

Représentent dans leur diversité les principaux organismes, institutions, syndicats, fédérations et associations **intervenant dans le champ du système l'assurance maladie et plus largement dans celui du système de soins.**

Éléments de constat (1)

- **La prévention** : une priorité tardive mais constante depuis plus de 30 ans
- **Des politiques publiques peu opérantes**
 - Périmètre
 - Éléments historiques
 - Poids des lobbys



- Cadre d'organisation séquentiel opposant prévention et soins (modèle biomédical)
 - Hiérarchisation des acteurs
 - Dispersion des actions et des financements
 - Concurrence entre les acteurs et les organisations
- Aboutit à une organisation hétérogène sur les territoires, facteur d'accroissement des inégalités sociales

Éléments de constat (2)

- **Un échec relatif des politiques de prévention**

- Indicateurs de santé défavorables
- Accroissement des inégalités de santé

- **Malgré des dépenses non négligeables**

- **Dépense de prévention non institutionnelle** – à l’initiative des patients ou des professionnels de santé, hors programme de santé publique : **9,1 milliards d’euros** (CSBM) au sein de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en 2016,
 - dont environ 42% sous forme de médicaments délivrés (antihypertenseurs, contraceptifs, *etc.*).
- **Dépense de prévention institutionnelle** (fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux) : **5,9 milliards d’euros** (non comptabilisées dans la CSBM).

Travaux prévention

Quel cadre pour le HCAAM ?

Le HCAAM n'a pas vocation à traiter de l'ensemble du champ de la prévention

Le cadrage des travaux a fait l'objet d'un débat en séance plénière

4 axes à développer, légitimes pour le HCAAM :

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

Travaux du HCAAM sur la prévention (1)

1^{ère} série de travaux

- Inscrits dans le programme de travail du HCAAM 2016-2017 (lettre PM)
- S'est appuyé sur un groupe de travail qui s'est réuni mensuellement pendant 1 an
 - A associé les partenaires : la DGS, Santé Publique France et la direction générale du Trésor
 - membres du HCAAM, administrations et experts
- A donné lieu à un avis adopté à l'unanimité par le HCAAM le 28 juin 2017
« **Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé** »

Rationalité économique et de santé publique, régulation et efficience : quels éléments de doctrine peut-on proposer ?

- en matière d'**arbitrages**, de définition de **priorités** et d'**investissements** **suivant quels critères ?** Renvoie à la question de l'**analyse économique** de la prévention, de l'évaluation, de ses **outils** et de ses **applications**
- en ce qui concerne le **renouvellement de l'approche intersectorielle**
- en ce qui concerne la **dimension territoriale de l'action** **et de l'articulation entre les niveaux (territoire, région, national)**

Travaux du HCAAM sur la prévention (2)

2^{ème} série de travaux

- Inscrits dans le programme de travail du HCAAM 2018 (lettre PM)
- S'est appuyé sur un rapport d'expert (François Alla, Roland Cash) sur l'obésité
- Avis en cours – sera publié fin octobre
 - « **Prévention : organisation, territoire et financement** »

**Comment (re)légitimer un dispositif d'action publique en matière de prévention ?
Quelles alliances entre les acteurs faut-il promouvoir ?**

- **Dans une approche patient centrée et décloisonnée**
- **Avec un objectif de réduction des inégalités sociales de santé et d'accroissement de la participation sociale**
- Quel pourrait être le positionnement des acteurs ?**
professionnels de santé, acteurs spécialisés (PMI, médecine du travail, médecine scolaire), patients, usagers, complémentaires,...
- Avec quelles compétences, quelles responsabilités , quelles incitations ?**

1^{er} avis – 28 juin 2017

- Dans son avis adopté le 28 juin 2017, le HCAAM a 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



Poursuite des travaux du HCAAM

A travers l'exemple de l'obésité, nous avons conduit des **travaux complémentaires sur les formes que pourraient prendre les organisations-cibles** sur les territoires (rapport présenté au HCCAM le 28 juin 2018)

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 »**

Apporter une réponse à des difficultés chroniques

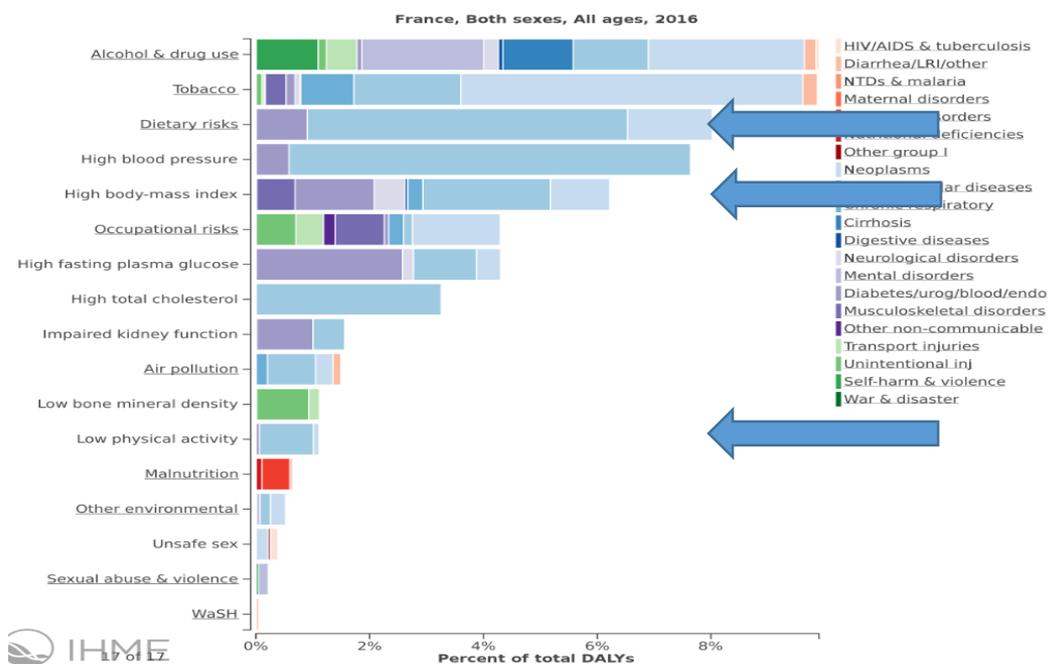
- Multiplicité d'actions et d'acteurs, peu coordonnés, nourrissant le sentiment de sous-financement et d'éparpillement des énergies
- Articulations à renforcer entre les professionnels de santé et structures de soins, les structures dédiées à l'éducation pour la santé (réseau des IREPS...), les collectivités territoriales...
- Des services de médecine préventive en difficulté (médecine du travail, scolaire, PMI)

L'obésité comme exemple traceur

- **Problématique majeure** en France
 - Concerne environ 10 millions de personnes
 - Coût social estimé à 12,8 Mds d'euros
 - Des inégalités sociales qui s'inscrivent dès le plus jeune âge qui se doublent d'inégalités territoriales
- On observe une **forte proportion d'indications chirurgicales non pertinentes**
- Forts enjeux : repérage et prise en charge précoce
- Elle **mobilise l'ensemble des acteurs du système de santé et au-delà** à travers :
 - la **promotion de la santé** (environnement, comportements...)
 - les **pratiques cliniques préventives** (dépistage, APA,...)
 - le **soin curatif** (prise en charge des conséquences métaboliques, ...)

➔ **cas exemplaire** pour traiter les problématiques qui se posent pour la prévention

Facteurs nutritionnels et obésité : premier facteur de morbi-mortalité évitable en France



(GBD study 2016)

Coût social

- En 2012, le coût social de la surcharge pondérale (surpoids et obésité) est estimé à **20,4 Md€** dont 12,8 Md pour l'obésité seule.

LETTRE



n° 179
Septembre 2016

TRÉSOR-ÉCO

Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ?

Tableau 3 : coût social de l'obésité et du surpoids (en Md€ en 2012)

Nature du coût	Montant lié à l'obésité	Montant lié au surpoids	Montant total
Surcoût pour l'assurance maladie (soins de villes)	2,8	2,7	5,6
Surcoût pour l'assurance maladie (hôpital)	3,7	3,3	7,0
Indemnités journalières (maladie)	0,5	0,3	0,8
Pensions d'invalidité	1,7	1,9	3,6
Dépenses de prévention	0,1	0,0	0,1
Taxes nutritionnelles	-0,2	-0,2	-0,4
Moindres dépenses de pension	-4,0	-3,2	-7,2
Coût pour les finances publiques (G)	4,5	4,9	9,5
Pertes de production dues à l'absentéisme des personnes obèses	1,2	0,9	2,1
Pertes de production dues à l'exclusion des femmes obèses du marché du travail	5,0	0,0	5,0
Dépenses de soins non remboursées (soins de ville)	0,7	0,6	1,3
Dépenses de soins non remboursées (hôpital)	0,4	0,3	0,7
Coûts externes (CE)	7,3	1,8	9,1
Coût social = $(1 + \alpha) \times G + CE^a$	12,8	7,7	20,4
Surcoût total en soins de ville	3,6	3,3	6,9
Surcoût total en soins hospitaliers	4,1	3,6	7,7



13,4 Md€
pour l'AM

a. α = coût d'opportunité de lever des prélèvements obligatoires.

Source : calculs DG Trésor.

L'exemple de l'obésité

Besoin d'une stratégie globale associant :

- Leviers majeurs nationaux (régulation de l'offre alimentaire...)
- Promotion de la santé dans les territoires
- **Organisation d'une offre de prise en charge**



Il s'agit de proposer une offre de proximité :

- (i) graduée en fonction des besoins
- (ii) organisée sur les territoires
- (iii) s'appuyant sur la diversité des acteurs de SSP

L'enjeu est de proposer des **organisations rendant possible la prévention en « routine »** et de façon généralisée

Il ne s'agit pas de proposer un parcours type mais plutôt un **panier de solutions mobilisables en fonction des besoins des patients, inscrite dans la proximité**

- **Comment généraliser le déploiement d'organisations intégrant la prévention dans les territoires**

Préalable au déploiement des organisations cibles

Une organisation capable de produire des « parcours cadre » entendus comme un panier de solutions mobilisables en fonction des besoins des patients et des ressources locales existantes

Considérer la prévention de la même façon que les soins en termes :

- D'évaluation et de diffusion des stratégies efficaces
- De formation et d'intégration dans les pratiques des professionnels (« mission naturelle » des acteurs du soins)
- D'organisation : l'activité de prévention doit être intégrée à l'organisation des soins

S'appuie sur les nouvelles organisations issues de la stratégie de transformation de notre système de santé :

- Adaptation des organisations aux besoins objectivés
- Niveau de proximité
- Gradation des prises en charges

Organisation cible

Principes et composantes (1)

- 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.

Organisation cible

Principes et composantes (2)

- 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** : (i) programme de soins personnalisés, (ii) référent, (iii) coordination des effecteurs, (iv) développement des compétences personnelles des patients, (v) 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**, et ceci de façon généralisée.

Organisation cible

Principes et composantes (3)

- 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.

FC1 : Programme de soins personnalisés

- Définir une **prise en charge personnalisée** adaptée aux contextes de vie, aux besoins, aux préférences des personnes : rester au plus près de l'évolution des besoins et apporter le « juste soin »
- Fondée sur les **recommandations** de prise en charge et de **protocoles validés, *evidence-based***
- **Tenant compte des ressources existantes** c'est-à-dire des moyens et modalités collaboratives en vigueur sur le territoire
- La **CPTS** pourrait se saisir de ce sujet et être elle-même l'organisatrice du dispositif.

FC2 : Référent

- Indispensable pour les **prises en charge pluri-professionnelle** qui requierent des expertises dans des domaines variés : psychologiques, somatiques, sociaux, thématiques (activité physique, diététique), *etc.*
- Fondée sur une **définition claire des circuits** entre professionnels, entre ville et hôpital, entre médical et social, entre système de santé et autres secteurs (par exemple la PMI)
- Permet de **fluidifier les prises en charge**
- **Le référent doit être choisi par le patient** : il peut s'agir de son médecin traitant, d'un professionnel travaillant en collaboration avec celui-ci ou d'un autre professionnel appartenant à une structure de soins coordonnés

FC3 : Coordination des effecteurs

- Modes d'exercices favorisant la pluri-professionnalité : ces modes d'exercices sont déjà en place dans d'autres domaines et l'organisation cible doit s'en inspirer : il s'agit des **modes d'exercice regroupés**, organisés ou en équipe
- La constitution d'un **réseau territorial de proximité** autour des **CPTS** et des **établissements de proximité** va dans ce sens
- Espaces d'échanges structurés pour les cas complexes, tels que les réunions de concertation pluridisciplinaire
- S'appuie sur un cadre d'interopérabilité en termes de SI
- Il est nécessaire que les acteurs engagés dans la prise en charge d'un patient partagent les informations le concernant

FC4 : développement de compétences des patients

Vise à l'implication effective des personnes dans la prise en charge

Peut nécessiter un accompagnement spécifique ou le recours à une éducation thérapeutique de proximité

S'appuie sur différents leviers :

- Accès simple et documenté à une information sur l'ensemble des offres adaptées à leur situation dans le territoire où ils vivent
- Mise à disposition d'outils au service du partage d'information entre professionnels et à l'accès à ces informations
- Dispositifs spécifiques pour les publics vulnérables
- Accessibilité géographique et financière aux dispositifs de prise en charge

FC5: Intégration territoriale

L'organisation cible prend en compte dans un cadre structuré

- Les dispositifs existants
- L'action des collectivités territoriales
- L'action des acteurs institutionnels situés en dehors du système de soins : PMI, milieu scolaire, milieu de travail, services sociaux...
- L'action du milieu associatif

Structurée par les CLS

- Conclut entre les différents partenaires sur les territoires : au minimum, les ARS, les collectivités territoriales, les CPTS et l'assurance maladie
- Nécessite une refonte du dispositif et un accompagnement national

- **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 mal ou pas pris en compte à l'heure actuelle**
 - les métiers non considérés comme professions de santé mais dont l'apport est fondamental pour la prévention des maladies chroniques (psychologues, diététiciennes)
 - l'activité physique adaptée : rémunération des professionnels ; financement des structures et équipements
 - l'éducation thérapeutique (recoupant en partie les deux points précédents), dans le cadre d'un programme structuré et validé
 - les fonctions de référent et d'accompagnement
- **Rémunération adaptée pour des consultations qui peuvent être longues et complexes**

Le financement et la tarification doivent accompagner les évolutions souhaitées (1)

- **Intégration dans le droit commun** (sortir des modes de financement dérogatoires ou expérimentaux)
- Financement conditionné à l'insertion dans un **programme structuré et coordonné**
- Rémunération conditionnée à un **retour minimal d'information** objectivant la réalisation du programme
- **Forfait annuel** versé au professionnel ou à la structure pour les fonctions de référents et de coordination
- **Financement de différents modules** : consultation initiale de bilan ; forfait annuel du référent ; programme d'éducation thérapeutique...

Le financement et la tarification doivent accompagner les évolutions souhaitées (2)

- Il existe plusieurs « modules » de prise en charge possibles, d'intensité variable en fonction du patient.
- 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 place / Pratique

- Repérage, proposition de prise en charge : médecin traitant, ou médecin 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), la rémunération de cette étape entrant dans le forfait annuel du référent.
- 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 (1)

- **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 objectivés
 - 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**

Conclusion (2)

- **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 rapports et avis du HCAAM sont publics et peuvent être consultés sur le site Internet de la direction de la sécurité sociale et sur celui de France Stratégie :

<http://www.securite-sociale.fr/-Rapports-et-avis->

<http://www.strategie.gouv.fr/>

Merci pour votre attention