
AVIS

relatif à la place des offreurs de soins dans la prévention

31 juillet 2018

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a reçu une saisine conjointe de la Direction générale de la santé (DGS) et de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) en date du 30 juin 2017 concernant la place des offreurs de soins dans la prévention.

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS) renforce dans son titre 1^{er} la prévention et la promotion de la santé.

La stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022 a confirmé la promotion de la santé et la prévention comme premier axe de cette stratégie. Une politique volontariste de prévention a été engagée, avec la publication en mars 2018 du Plan national de santé publique (PNSP) décliné en différentes mesures dont 25 mesures phares.

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

Le HCSP a pris en compte d'autres travaux sur ce thème, qu'il s'agisse de ceux de la Conférence nationale de santé (CNS) ou du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM).

Périmètre de la réponse à la saisine

Le HCSP a centré sa réponse sur les offreurs de soins en exercice regroupé (établissements de santé, centres, maisons et pôles de santé). L'implication des professionnels de santé en exercice isolé dans des actions de prévention devrait faire l'objet d'une étude particulière prenant en compte les conditions de cet exercice.

Le HCSP a pris en compte les éléments suivants :

Les activités de prévention des offreurs de soins se situent conceptuellement dans les trois niveaux primaire, secondaire, tertiaire de prévention de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Dans la pratique, elles se rapprochent de la définition des pratiques cliniques préventives (PCP) ou des soins de santé préventifs.

La prévention et la promotion de la santé se distinguent dans leur finalité, la prévention cherchant à éviter l'apparition des maladies dans les populations, la promotion de la santé cherchant à maintenir ces populations en bonne santé. Pour autant, les stratégies qui déclinent ces deux concepts se recoupent car elles consistent à agir sur les déterminants de la santé.

Le HCSP constate que les informations relatives aux activités de prévention, au sens large, sont extrêmement dispersées, hétérogènes et personnes-dépendantes. En règle générale, l'activité est elle-même très hétérogène sur les territoires

Les pratiques de prévention chez les offreurs de soins : des offres multiples

Les acteurs et les actions ont été recensés par l'analyse des informations existantes, l'enquête en Nouvelle-Aquitaine, les auditions, les recherches bibliographiques, etc...

Le HCSP a identifié de nombreuses initiatives de prévention :

- À l'hôpital, par le biais des centres de vaccination, centres de lutte anti-tuberculeuse (CLAT), Centre gratuit d'Information, de dépistage et de diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles (CeGIDD), Équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP).
- En exercice regroupé ambulatoire, où les initiatives portent surtout sur la contraception, le dépistage organisé des cancers, l'activité physique adaptée, la prise en charge des maladies chroniques.

Les actions de prévention mises en œuvre par les offreurs de soins s'organisent autour d'un socle commun de thématiques, qui peuvent être déclinées selon les spécificités propres à chaque profession. Ainsi, les offreurs de soins interviennent, à des degrés divers dans les domaines de prévention et de promotion de la santé, suivants :

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

Ponctuellement, les offreurs de soins développent des actions spécifiques sur le tabagisme chez les femmes enceintes, l'allaitement, la prise en charge des ivresses aiguës, le repérage des risques suicidaires, ou des activités en opportunité sur des appels à projets spécifiques (généralement initiés par l'agence régionale de santé - ARS), en lien avec des campagnes nationales ou l'organisation du dépistage du cancer. On peut également observer des initiatives via les maisons des adolescents, les actions de coordination régionale de la lutte contre le VIH (COREVIH), certaines consultations « Enfant-environnement », des équipes mobiles précarité santé (EMPS), etc...

Certains établissements disposent de postes de coordonnateurs de réseaux locaux de promotion de la santé, d'autres de postes spécifiquement affectés à des actions de prévention (équipe mobile de nutrition par exemple). En revanche, après une phase initiale encourageante, peu d'établissements adhèrent encore au dispositif des établissements promoteurs de santé.

Le financement de la prévention chez les offreurs de soins : précarité et financements multiples.

De manière générale, les initiatives en prévention des offreurs de soins dépendent des opportunités financières : ils ne disposent pas de financement pérenne permettant d'inscrire leur action dans la durée. La tarification à l'activité (T2A) n'est pas adaptée à ce type d'action.

Les principaux financements mobilisés pour mener les actions de prévention sont les fonds propres des opérateurs, les dotations des ARS, mais aussi les subventions auprès des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), des mutuelles, des collectivités territoriales et des associations caritatives. Enfin quelques projets de recherche peuvent financer des interventions.

D'autres activités s'appuient sur des financements non prévus ou reposant sur la bonne volonté des établissements :

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

Parfois, à l'initiative des ARS, un volet prévention est négocié dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et les projets médicaux partagés (PMP) des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

L'enquête effectuée auprès des Unions régionales de professionnels de santé (URPS) souligne que les modalités de financement des structures et des professionnels de santé (absence ou faible rémunération des professionnels et des structures) ne sont pas adaptées et constituent un des principaux freins au développement de la prévention (précarisation, manque de reconnaissance) par les offreurs de soins. Favoriser les financements pour la prévention en mettant en place des crédits spécifiques et en développant des incitatifs à la mise en œuvre de la prévention est une demande des acteurs.

Les territoires de la prévention : complexité et multiplicité

Il est aujourd'hui difficile de décrire de façon exhaustive les différentes structures qui interviennent dans le champ de la prévention aux différents niveaux territoriaux.

Cette complexité territoriale rend la lisibilité problématique et le pilotage de la politique de santé peu réactif.

Ainsi, il existe une multitude de dispositifs territoriaux non cohérents entre eux disposant de financements spécifiques mais variables selon les régions. On distingue :

- des dispositifs d'action (GHT, Contrats locaux de santé, Plateformes territoriales d'appui).
- des dispositifs de pilotage (deux commissions de coordination des politiques publiques de santé, une dans le champ du médico-social et l'autre dans le champ de la prévention, outils du pilotage, qui ne sont pas ouverts aux offreurs de soins).
- des dispositifs de représentation territoriale (Union régionale des professionnels de santé).
- des dispositifs de démocratie sanitaire (Conférence régionale de la Santé et de l'Autonomie, Conseil Territorial de Santé).

On relève également l'existence d'autres dispositifs spécifiques tels que les Programmes personnes âgées En Risque de Perte d'Autonomie et les Conseils locaux de santé mentale (PAERPA).

Peu d'ARS se sont emparées des outils permettant de développer une stratégie régionale de prévention, bien que ceux-ci soient définis par des textes réglementaires. De plus, on constate des différences de stratégies d'action selon les ARS : certaines préfèrent répartir les moyens attribués à un grand nombre d'acteurs, alors que d'autres mènent des projets de structuration de la prévention sur plusieurs années.

Les ressources humaines de la prévention : un enjeu capital

Si de nombreux acteurs de la prévention interviennent sur le terrain, le HCSP a noté des caractéristiques nuisant à la lisibilité de leurs actions. Ainsi :

- il existe à la fois une pénurie et une pléthore d'intervenants. Beaucoup d'associations ou de structures sont présentes dans certains territoires alors que d'autres ne bénéficient d'aucune intervention dans le champ de la prévention.
- Les métiers de la prévention sont mal perçus, peu visibles, mal reconnus par les pouvoirs publics, notamment par les autorités sanitaires et par le public.
- Les acteurs sont la plupart du temps cloisonnés, parfois mis en concurrence, et le transfert de compétences entre eux n'est pas organisé.
- Il y a besoin d'un accompagnement des équipes pluri-professionnelles dans une approche multidisciplinaire
- La question des aidants est encore problématique.

Face à ces constats le HCSP souligne l'absence de visibilité effective¹ des acteurs dans le champ de la prévention et promotion de la santé (professionnels de santé, de l'éducation, du secteur social ou associatif ou encore Instituts de veille).

¹ Avis de la Conférence nationale de santé du 8 février 2018 « Renforcer et mobiliser les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé »

Le HCSP observe en parallèle, une montée en compétences qui émerge tant sur le champ de la santé publique (des médecins comme des paramédicaux), ou encore dans le domaine des sciences de l'éducation, des sciences humaines, des pratiques avancées (infirmier coordinateur de parcours complexe de soins, ...) et autres disciplines complémentaires, dans un contexte où la reconnaissance en termes de statut, de missions transversales et de coordination est nécessaire mais peu développée et non pérenne. La formation des intervenants en prévention est donc un enjeu capital pour permettre la mise en place d'actions efficaces par des professionnels.

Un module de formation prévention et éducation thérapeutique du patient est introduit depuis 2009 dans la formation initiale d'un grand nombre de professions paramédicales. L'enseignement en prévention et en éducation est particulièrement développé pour la spécialité d'infirmière puéricultrice depuis 1983, en raison de la population prise en charge par ce métier.

L'instauration d'un service sanitaire pour tous les étudiants en santé accompagne le virage préventif. Ce véritable changement culturel demande un réel accompagnement avec une préparation à la dimension éthique, l'acquisition de contenus de formations spécifiques, des compétences méthodologiques sur la prévention primaire et l'acquisition de compétences psychosociales visant à réduire les inégalités de santé.

Un système d'information inadapté au développement de la prévention

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

Le dossier médical partagé (DMP), qui a bénéficié d'un investissement proche du milliard d'euros, ne recueille aucune information concernant les actions de prévention. Les données de vaccination, dépistage, activité physique ou autres ne figurent pas dans le DMP, voire sont stockées dans des systèmes différents (carnet de vaccination électronique, base des centres de gestion des dépistages, etc.).

La recherche et l'évaluation en prévention : un retard à combler rapidement

La recherche en prévention et promotion de la santé présente un certain nombre de faiblesses liées à la complexité de la thématique, car elle se réfère à de nombreux modes interventionnels différents. Les acteurs sont aussi divers.

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

Les recommandations

Pour émettre ses recommandations concernant le développement de la prévention chez les offreurs de soins, le HCSP a identifié des principes d'action et des objectifs stratégiques et opérationnels permettant de définir une organisation cible à moyen terme.

Les principes d'action

La prise en compte des inégalités sociales et territoriales de la prévention par les offreurs de soin

Une stratégie de prévention efficace requiert d'agir simultanément sur l'ensemble des déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Dans ce cadre, les offreurs de soins ont un rôle important à jouer pour réduire les inégalités sociales de santé liées à l'accès aux soins et à la prévention.

Les évolutions nécessaires du système de santé

L'OMS a proposé un cadre d'évolution pour les systèmes de santé selon 5 axes stratégiques (WHO global Strategy on people-centered and integrated health services). Particulièrement adapté au pays en voie de développement, ce cadre s'applique aussi aux pays développés souhaitant faire évoluer des systèmes de santé ne répondant plus aux enjeux posés par l'état de santé de leur population. Ainsi, le développement de structures de soins et de prévention intégrées constitue une mesure forte de ce cadre.

Le HCAAM a remis en mai 2018 un avis et un rapport plaidant aussi pour une réforme radicale du système de santé. Ces travaux s'appuient sur la nécessité de proposer des soins intégrant prévention – soins et prise en charge médico-sociale dans un réseau territorial de soins primaires fortement intégré, rejoignant en cela les préconisations de l'OMS (axe stratégique 3 : réorienter le modèle de soins).

Ainsi, le système de santé doit évoluer pour mieux répondre aux besoins et aux attentes de la population.

La combinaison d'une approche individuelle et d'une approche populationnelle

La définition de la « cible » des actions de prévention a donné lieu durant les 30 dernières années à un débat entre les tenants d'une approche ciblée sur les personnes à haut risque et reposant sur des prescriptions individuelles et les tenants d'une approche populationnelle, dont Geoffrey Rose², en raison de sa plus grande efficacité supposée. L'approche la plus largement retenue actuellement est une approche combinée, mêlant actions à visée populationnelle et actions individuelles à destination des personnes à risque. Une traduction de cette approche mixte se retrouve dans «l'universalisme proportionné» prôné par Sir Michael Marmott dans son rapport établi pour l'OMS en 2008 (Closing the Gap in a Generation³).

Le HCSP a donc considéré que le développement de la prévention chez les offreurs de soins devait passer par cette double approche individuelle et populationnelle.

L'émergence de la responsabilité populationnelle des structures de soins

Développée au Québec en 2000 lors de la réforme du système de santé, le concept de responsabilité populationnelle apparaît comme l'un des moteurs importants de l'évolution du système de santé permettant une meilleure intégration des structures de soins et de santé.

² <https://upstreamthinking.wordpress.com/geoffrey-roses-prevention-theory/>

³ http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf

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

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

Ainsi la prévention, au sens de l'action sur les déterminants de santé, est comprise dans le concept de responsabilité populationnelle, qui constitue un objectif commun pouvant rassembler santé publique (approche populationnelle) et médecine clinique (approche individuelle).

Les objectifs stratégiques et opérationnels d'une politique de prévention mise en œuvre par les offreurs de soins.

Le HCSP fait des recommandations en fixant les objectifs stratégiques et opérationnels suivants dans les différents champs :

Le périmètre d'action

Trois objectifs opérationnels permettent de définir les missions et leurs mises en œuvre par les offreurs de soins :

- Les concepts de promotion de la santé et de prévention (PPS) ne s'opposent pas mais l'action sur les déterminants de la santé constitue leur socle commun.
- Le système de soins intègre les axes stratégiques de la promotion de la santé (éducation à la santé, réorganisation des systèmes de santé, politique favorable à la santé). Les offreurs de soins contribuent donc à la promotion de la santé et cette responsabilité populationnelle doit être renforcée et partagée avec les autres opérateurs du territoire.
- Les activités de prévention des offreurs de soins se situent dans les 3 niveaux de prévention de l'OMS. Dans la pratique, elles se rapprochent majoritairement de la définition des pratiques cliniques préventives.

L'organisation de l'action

- Les acteurs œuvrant à la prévention sont nombreux et complémentaires. Il est important de ne pas mettre les différents acteurs dans et hors du système de soin en concurrence mais en synergie en tenant compte de leurs contraintes et spécificités.
- Si une action de prévention présente un potentiel crédible (en termes de faisabilité, d'efficacité, de possible mise à l'échelle..), elle doit pouvoir être financée et évaluée pour apprécier une possible pérennisation.
- Les acteurs de prévention, quels qu'ils soient, doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement à la mise en œuvre d'actions de qualité.
- Les actions de prévention mises en œuvre et soutenues par la puissance publique doivent s'appuyer sur des modèles et des données solides, être suivies et évaluées.
- Les territoires d'intervention doivent être lisibles pour chacun.
- Les partenariats avec les secteurs hors du système de santé et impliqués dans la promotion de la santé doivent être encouragés dans l'objectif de favoriser la santé dans toutes les politiques.

Le rôle des ARS

Les directions de la santé publique doivent également avoir un rôle stratégique sur la santé de la population et ses déterminants.

Les métiers de la prévention

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

- valorisant le titre de professionnel de la prévention ;

- appliquant les standards internationaux pour labelliser les différents intervenants médicaux (médecins inspecteurs de santé publique, médecins conseils, médecins de l'Éducation nationale, praticiens hospitaliers, médecins libéraux, etc.) et non médicaux ;
- élaborant un référentiel de compétences sur la base du travail européen (*CompHP Core Competencies for Health Promotion*) ;
- prenant en compte les enjeux autour de certains métiers de la prévention (Ex : animateur territorial, médiateur en santé, conseiller environnemental...);
- créant un métier de coordinateur de la prévention.

Le système d'information

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

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

Les recommandations du HCSP pour développer la prévention chez les offreurs de soins à exercice collectif

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

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

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

Le HCSP propose 6 recommandations majeures pour mettre en place et structurer une politique de prévention et de promotion de la santé dans le système de soin.

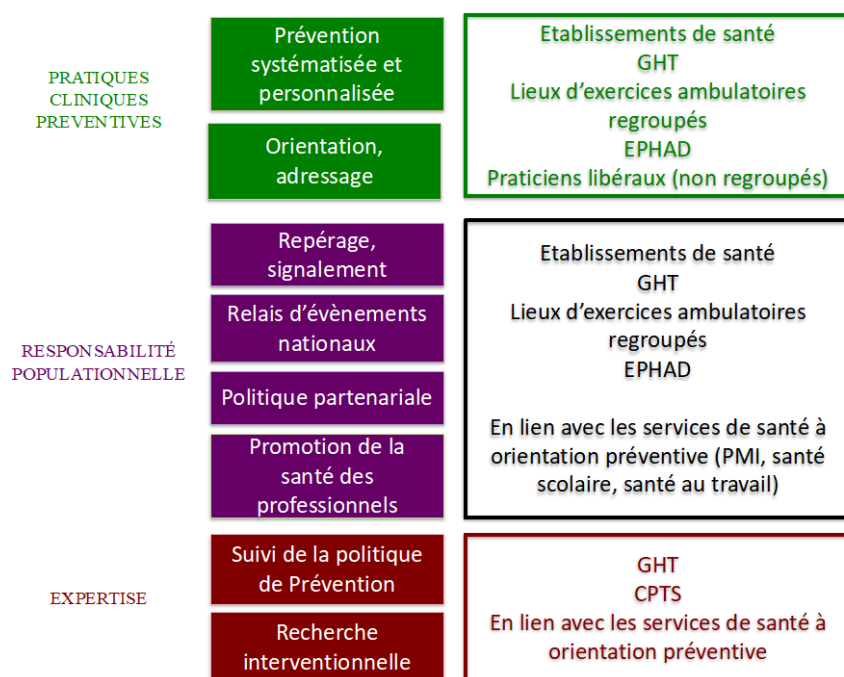
Un plan d'action pourrait être mis en place en 2 ans permettant d'engager fortement les offreurs de soins dans le champ de la prévention.

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

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

Quatre mesures la déclinent

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



Cette mesure peut être mise en œuvre dans les 18 mois

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Trois mesures la déclinent.

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

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

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

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

L'Inpes avait identifié de nombreux métiers en lien avec la prévention et la promotion de la santé. Il serait important de disposer dans les 2 ans à venir d'un référentiel « métier » en prévention.

Mesure 2.3 – *Développer, dès la formation initiale des professionnels de santé, grâce notamment au service sanitaire, une formation pluridisciplinaire et pluri-professionnelle, de la promotion de la santé et de la prévention.*

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

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

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

Sept mesures la déclinent

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Huit mesures la déclinent.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Trois mesures la déclinent

Mesure 5.1 – Élaborer un référentiel de pratiques cliniques préventives.

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

Mesure 5.3 – Élaborer un référentiel de données de prévention devant figurer dans le dossier médical partagé (DMP).

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

Trois mesures la déclinent.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tableau récapitulatif

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

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

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

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

Conclusion

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

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

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

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

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

Liste des membres du groupe de travail

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

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

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

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

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

Invité Nouvelle-Aquitaine : Roger Salamon

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

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

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr

Méthodologie

Pour répondre à cette saisine, le HCSP a mis en place un groupe de travail (GT) ad hoc composé d'experts membres ou non du HCSP sous la présidence conjointe de Franck Chauvin et de Zeina Mansour.

Le GT a organisé des temps d'auditions par groupe en ateliers, et, au-delà, d'autres structures ont été auditionnées. Par ailleurs, les travaux se sont également organisés autour de la prise en compte de contributions écrites.

Trois agences régionales de santé (ARS) ont été auditionnées : l'ARS Normandie, l'ARS Océan Indien, l'ARS Pays de la Loire. Ces auditions ont été complétées par les contributions écrites de la Conférence régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) de Normandie et de la CRSA des Pays de la Loire.

Une analyse des actions réalisées par les offreurs de soins a été faite en utilisant OSCARS, qui est un outil d'observation et de suivi cartographique des actions régionales de santé qui permet de donner de la visibilité à l'activité menée dans le champ de la santé publique, avec différents accès (actions, acteurs, outils) et selon les régions, avec différents modules (éducation thérapeutique, santé au travail, Moi(s) sans Tabac). <http://www.oscarsante.org/>

Enfin une enquête en ligne auprès des Unions régionales des professionnels de santé (URPS) pour les biologistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, médecins, orthophonistes, orthoptistes, pharmaciens, sages-femmes, podologues, a été effectuée du 26 janvier au 16 février 2018 dans les 17 régions administratives. Elle a permis d'aborder le volet des professionnels de santé libéraux.