



PRIORITÉ PRÉVENTION, PASSONS À L'ACTE !

Séminaire organisé conjointement par la Conférence nationale de santé (CNS), le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) et le Haut Conseil de la santé publique (HCSP)

MERCREDI 10 OCTOBRE 2018

Actes du séminaire

Programme du séminaire

I. Ouverture	3
II. Développer les outils de la prévention dans les territoires	5
III. Rendre plus visible et soutenir les acteurs de la prévention/promotion de la santé	13
IV. Mettre en marche une dynamique organisationnelle et financière pour la diffusion des actions de prévention/promotion de la santé	20
V. Développer la prévention/promotion de la santé en co-construction avec les usagers	32
VI. Conclusion du séminaire	38

Ouverture et présentation du séminaire

**Mme Anne-Marie BROCAS, Présidente du HCAAM,
Mr Franck CHAUVIN, Président du HCSP
et Mme Bernadette DEVICTOR, Présidente de la CNS**



Les dix-huit derniers mois ont été historiquement les plus riches en transformations et annonces dans le domaine de la prévention. La Stratégie nationale de santé (SNS) a été publiée en décembre 2017 puis le Plan national de santé publique (PNSP) 2018-2022 « Priorité prévention » en mars 2018, le service sanitaire — qui consiste à faire réaliser par 47 000 étudiants en santé des actions de prévention — a été mis en place en septembre 2018, et, enfin, la stratégie de transformation du système de santé « Ma santé 2022 » a été présentée en septembre 2018, le Président de la république appelant à une révolution de la prévention.

La CNS, le HCAAM et le HCSP ont formulé des propositions pour la mise en œuvre d'une politique de prévention. La CNS a consacré ses travaux aux acteurs de la promotion de la santé et de la prévention, le HCAAM à l'organisation et au financement de la prévention, et le HCSP à la place des offreurs de soin dans la prévention. Il a paru judicieux de lire leurs avis et rapports de manière transversale et d'en débattre.

Agir sur les déterminants de la santé nécessite des acteurs, une organisation, un financement et une méthode. Ceci est d'autant plus important que, dans le système de santé français, la santé s'est fondue dans les soins. Les enjeux de la prévention sont pourtant importants. Ainsi, en l'absence d'intervention, on peut anticiper que les maladies chroniques, qui augmentent en moyenne de 2,5 % par an, submergeront bientôt le système de soins, les inégalités de santé s'aggravent, les dépenses de santé deviennent difficilement maîtrisables, et que le système de santé ne soit plus adapté aux enjeux de santé de la population.

Les sujets abordés au cours de ce séminaire sont directement en lien avec ceux traités dans les avis et rapports du HCSP, du HCAAM et de la CNS. En conséquence, certains éléments importants de la prévention, par exemple la santé au travail, ne seront pas abordés. Le HCAAM a fait de la prévention un sujet majeur de ses travaux, constatant que, si la prévention est considérée par tous comme une priorité, cette priorité se traduit mal dans les faits. La prévention doit cesser d'être séparée des soins ; elle doit être mise en œuvre à grande échelle et ne doit plus être financée de manière exceptionnelle et temporaire.

Introduction et synthèse des préconisations des trois structures – HCSP, HCAAM et CNS : Zeina MANSOUR, directrice du Comité régional d'éducation pour la santé, Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Haut Conseil de la santé publique, vice-présidente ; membre de la CNS



La prévention et la promotion de la santé relèvent d'une responsabilité partagée entre les professionnels du soin, du médicosocial, du social, mais également de l'environnement, de l'éducation, de l'agriculture, etc. L'objectif partagé par le HCSP, la CNS et le HCAAM est d'assurer à chaque individu un accès à un dispositif de prévention et de promotion de la santé intégré à un parcours de santé au même titre que le soin. La complémentarité de l'intervention des différents acteurs est un objectif majeur qui doit guider l'ensemble des réformes du système de santé.

La responsabilité populationnelle est un objectif commun à la santé publique et à la médecine clinique. Elle implique d'agir sur l'ensemble des déterminants. Le rapport du HCSP a identifié huit missions

essentielles qui peuvent être intégrées au parcours de santé. Elles impliquent le déploiement d'une politique partenariale dans les territoires, les relais des campagnes de prévention et de dépistage, le repérage précoce, le signalement, la promotion d'établissements promoteurs de santé, l'expertise et la participation à la recherche interventionnelle.

Les axes structurants sont définis au niveau national, mais la mise en œuvre et les partenariats se construisent localement. La CNS recommande, dans le cadre du service territorial de prévention, un diagnostic partagé donnant lieu à des contrats pluriannuels de partenariat. Le HCAAM et le HCSP insistent sur le rôle majeur des ARS dans la définition du service attendu, la modulation selon les territoires, la reconnaissance de l'offre existante et la diffusion de données probantes. Pour les offreurs de soins, le HCSP identifie la mission d'expertise comme contribuant à la dynamique territoriale.

Parmi les dispositifs existants, il faut citer :

- les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), qui regroupent l'ensemble des professionnels ambulatoires des champs de la prévention, du sanitaire et du médico-social. La stratégie de transformation du système de santé prévoit la création de mille CPTS d'ici 2022 ;
- les contrats locaux de santé (CLS) qui associent les ARS, les collectivités et l'Assurance maladie - il est recommandé de les élargir aux offreurs de soins et aux CPTS.
- les dispositifs régionaux de soutien aux politiques et aux interventions en prévention et promotion de la santé, qui existent dans toutes les régions, et qui ont pour mission d'apporter un appui aux professionnels ; le HCSP recommande de renforcer leur reconnaissance et d'élargir leurs missions.

Le HCSP recommande la création au sein des hôpitaux et des groupements hospitaliers de territoire (GHT) d'une structure animée par un praticien de santé publique en charge de l'application des huit missions de prévention susmentionnées.

Les contrats locaux de santé (CLS) : une chance pour la prévention !
Alexandre FELTZ, adjoint au maire de Strasbourg



Les villes santé OMS, actuellement au nombre de 92 en France et regroupant environ 13 millions d'habitants, se sont engagées dans les contrats locaux de santé (CLS). Ainsi, 90 % des villes santé OMS sont désormais liées par un CLS. La ville de Strasbourg qui, du fait de son histoire bismarckienne, exerce de nombreuses compétences en santé (santé scolaire, protection maternelle et infantile - PMI, services de vaccination, services de dépistage et de soins dentaires, services santé aux plus démunis), est liée par un CLS avec l'ensemble des partenaires du territoire dont l'ARS. Presque tous les acteurs de santé de la commune ont désormais signé le CLS, ce qui offre une grande puissance de coordination et permet

d'apporter des moyens qui atteignent deux millions d'euros par an.

Dans ce cadre, le programme d'actions suivantes a été mis en place :

- création de maisons urbaines de santé,
- création d'une salle de consommation à moindre risque,
- sport santé sur ordonnance,
- réseau de prise en charge des enfants en surpoids ou obèses,
- parcs sans tabac,
- jardins santé, vitaboucle, ville sans perturbateurs endocriniens.

La faiblesse des CLS provient de l'absence de compétence obligatoire en santé des villes et du manque de moyens humains et financiers qui en découle. En outre, le PACTE État-Collectivités, qui oblige les collectivités à s'engager, dans le cadre d'un contrat avec l'État, à ne pas augmenter leur budget de fonctionnement de plus de 1,2 % interdira aux CLS de créer des postes même s'ils sont pris en charge financièrement par l'ARS.

**Perspective des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)
Véronique WALLON, inspectrice générale, Igas**



La mission Igas a évalué la montée en charge des CPTS et a proposé à la DGOS une stratégie pour leur déploiement. Ayant décompté deux cents projets de CPTS à divers niveaux de maturité, l'Igas a élaboré sa proposition sur la base de l'examen de nombreux projets, de visites sur place et d'entretiens avec les acteurs : il s'est agi de tirer parti de ce qui est construit ou en cours et non de produire une proposition *ex cathedra*. Les CPTS, dont un des objectifs est de rapprocher le premier et le second recours, doivent se fonder sur une analyse populationnelle et territoriale et donc dépasser le concept de filière de soins. Elles

doivent exercer des activités de prévention, participer à la continuité et à la permanence des soins, et favoriser la fluidité des parcours. Leur caractère interprofessionnel doit être très fort. Si le médecin est assez naturellement chef de file, ce n'est pas impératif et il doit régner entre les professionnels une égalité de droits et de devoirs dans la gestion du groupe. Il faut enfin souligner l'importance de l'outillage, en particulier des outils et usages numériques, ainsi que de la formalisation de la coordination entre professionnels.

La prévention et l'éducation thérapeutique du patient figurent en bonne place dans les attendus de la CPTS. Celles-ci, par leur construction et leur mode de financement, devraient rendre solvable pour les professionnels l'activité de prévention. L'objectif est bien que tout individu puisse accéder à un parcours de soins organisé, et que la CPTS soit à terme le mode d'exercice coordonné de référence, objectif que la création de 1000 CPTS à 5 ans permettrait d'atteindre. Exigeante sur les attendus et les principes, l'Igas propose que, dans la période actuelle, ni la création des CPTS ni l'adhésion à une CPTS soient obligatoires. L'Igas propose également de cadrer mais de ne pas formater par des textes réglementaires l'organisation et la gouvernance des CPTS, car cette méthode serait inefficace. Il faut souligner que les CPTS existantes nouent spontanément des partenariats avec les collectivités et impliquent les usagers. L'Igas propose que les projets de CPTS soient financés au niveau régional jusqu'à leur conventionnement avec l'ARS. Un accord conventionnel interprofessionnel pourrait ensuite assurer la pérennité de leur financement. Concernant l'accompagnement des projets de CPTS par les ARS, l'Igas propose de créer des profils types de CPTS qui serviraient de repères, et en donne quelques exemples. Enfin, l'Igas recommande de lier étroitement le déploiement et l'évaluation du dispositif CPTS.

**Pôles de santé et prévention,
Hector FALCOFF, médecin généraliste, CPTS du 13^{ème} arrondissement de Paris
et Société de formation thérapeutique du généraliste**



Des médecins du 13^e arrondissement de Paris ont créé en 2011, dans le cadre de l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération, une forme de CPTS, le Pôle de santé Paris 13^e.

En matière d'organisation des soins, il est courant de distinguer quatre niveaux :

- le niveau nano, celui de l'interaction entre un professionnel, le patient et sa famille ;
- le niveau micro, celui de l'organisation de l'équipe - maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé, équipes de soins primaires, etc. ;
- le niveau méso, celui de l'organisation territoriale, qui est donc celui des CPTS.
- le niveau macro, qui est celui des politiques de santé.

Le niveau méso permet de partager la responsabilité collective, d'établir un diagnostic territorial partagé, de mutualiser des moyens, par exemple dans le cadre d'une plateforme territoriale d'appui (PTA), et de s'adresser à des populations qui n'accèdent pas aux soins.

Trois maisons de santé ont été créées dans le 13^e, et une quatrième ouvrira en 2019. Voici quatre des actions de prévention que la CPTS a menées :

- un groupe de marche pour les personnes vivant avec un trouble psychique ou ayant des difficultés sociales et des problèmes métaboliques nécessitant de marcher ;
- la coordination des maisons de santé pour organiser des permanences de vaccination sans rendez-vous ;
- l'organisation de l'opération « Moi(s) sans tabac » dans le 13^{ème} arrondissement, financée par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), dans le cadre duquel les pharmaciens délivrent des substituts nicotiniques. Parmi les 213 fumeurs ayant pris part à cette opération en 2017, 16 % étaient sevrés après quatre mois et 18 % avaient réduit leur consommation de moitié ;
- la création d'un parcours de santé dans les foyers de migrants, dans le cadre duquel des dépistages sont effectués et les patients sont orientés vers l'hôpital ou la médecine de ville.

Quelques questions peuvent aider les CPTS à structurer une action de prévention :

- Quel est le problème de santé ou le problème social à traiter ?
- Quelle est la population et quels sont les professionnels concernés par cette action ?
- Existe-t-il des expériences connues ?
- Faut-il modifier le processus de soin habituel ou faut-il mener une action spécifique ?
- Existe-t-il des actions redondantes ?
- Comment évaluer l'action ?

La CPTS doit, en outre, désigner un professionnel référent, se rapprocher des partenaires et s'efforcer d'associer des représentants de la population.

Enfin, la CPTS du 13^e arrondissement de Paris estime qu'une CPTS doit posséder une organisation propre disposant de fonctions de support, de coordination, de systèmes d'information et de communication. Elle estime qu'il faut en outre un financement spécifique à chaque action.

Place de l'ARS dans la prévention en lien avec les contrats locaux de santé, Jean-Jacques COIPLLET, directeur général de l'ARS des Pays de la Loire



Le premier des acteurs de la prévention est d'abord le patient. La prévention doit être prise en compte dans toutes les politiques publiques, elle doit intervenir à toutes les périodes de la vie, y compris la fin de vie, elle doit être intégrée au parcours de vie. Les dépenses annuelles de santé sont de l'ordre de 220 milliards d'euros ; si la prévention et la promotion de la santé sont placées au cœur du débat, il sera possible de faire aussi bien avec le même montant.

Les ARS ont vocation à adapter les politiques nationales de prévention à chaque territoire. Elles se positionnent comme des partenaires facilitateurs des initiatives dans les territoires. Elles doivent parfois jouer le rôle de chef

d'orchestre ou d'arbitre. Les CLS, créés par la loi hôpital, patients, santé, territoires (HPST) de 2009, sont des actes contractuels pluriannuels, constituent des outils importants et privilégiés de l'action territoriale des ARS. Les vingt CLS des Pays de la Loire couvrent environ la moitié de la population ; ils comportent tous un volet prévention, avec un accompagnement en crédits, en moyenne à l'échelon national 15 % du fonds d'intervention régional (FIR) est dédié à la prévention. L'ARS des Pays de la Loire délègue une partie du budget aux délégations territoriales, mais toutes les ARS ne pratiquent pas ainsi. Les CLS ne sont pas le seul outil de prévention. Si la moitié des actions contractualisées des CLS ligériens portent sur la prévention, la promotion de la santé et la santé environnementale, l'ARS a choisi d'assimiler les CLS au parcours de vie, et non à la seule prévention.

Pour déployer la prévention dans toutes ses dimensions, le rôle des ARS est de coordonner les politiques publiques, notamment en resserrant les liens entre prévention, santé au travail et santé scolaire, de faire en sorte que chaque offre de santé soit opérateur de prévention, l'ARS des Pays de la Loire exige le label Qualité Usager Innovation Prévention pour engager des fonds publics. Ainsi, les CPTS ne seront pas accompagnées dans le cadre du FIR si elles n'exercent pas une action déterminante en matière de prévention et de promotion de la santé. Le rôle des ARS est également de réussir les mille premiers jours, de concevoir des plans territoriaux de santé, de développer l'*empowerment* de chaque citoyen, et, enfin, d'accompagner de nouvelles modalités de tarification et de financement de la prévention.

Les ARS s'étant construites en se régionalisant, il convient de redonner du souffle à la proximité et aux initiatives locales. Ainsi, l'ARS des Pays de la Loire disposera désormais, au sein des délégations territoriales, d'animateurs polyvalents, et non plus thématiques. Les ARS doivent enfin continuer à développer le lien entre recherche et actions et à être présents en matière de l'ingénierie de projets.

Table ronde avec les intervenants, animée par Véronique WALLON



Si les médecins libéraux sont importants dans les CPTS, il est probable que, dans certains territoires où la densité médicale est faible, il faille faire appel à des médecins salariés à temps partagé. Il faut également souligner l'importance du rôle des infirmiers à domicile dans la prévention de la décompensation.

Certaines ARS n'apportent aucune aide pour la mise en place des CPTS. Par exemple, une lettre d'intention a été retournée à un demandeur avec un avis négatif sans plus de précision.

Concernant les critères permettant d'obtenir un accompagnement de l'ARS, les médecins sont réticents à s'organiser pour la continuité des soins. En revanche, la dimension populationnelle pénètre progressivement dans la culture des médecins libéraux ; ils ne sont pourtant pas formés à la santé populationnelle. Dans le cadre des CLS, ils pourraient être rémunérés pour cette activité. Les ARS doivent les accompagner dans cette direction.

La mixité d'exercice est l'une des solutions pour construire des CPTS. En outre, les GHT doivent traiter le comité territorial des élus avec plus de sérieux.

Une aide logistique est nécessaire, ainsi qu'une formation et un accompagnement pour la mise en place des CPTS. Quels peuvent être les moyens que l'ARS pourrait mobiliser pour accompagner ce changement, en coopération avec les agences chargées du développement professionnel continu ?

Il existe des progrès actuels de la réflexion sur la santé populationnelle. Cependant la notion de territoire est problématique et plusieurs définitions en ont été données. Il ne faudrait pas que certaines zones géographiques n'appartiennent à aucun territoire.

Les CPTS visent à organiser le parcours des patients notamment lorsqu'ils ne sont pas hospitalisés. Les médecins salariés étant déjà organisés, la clé de la transformation est la capacité de la médecine libérale à s'organiser.

Les CPTS doivent rassembler tous les professionnels de santé libéraux. Ces professionnels ont démontré leur capacité à travailler ensemble. L'ARS des Pays de la Loire dispose d'URPS (unions régionales de professionnels de santé) qui apportent une aide aux initiatives locales. Il existe également, sur son territoire, une association régionale des maisons de santé, désormais coprésidée par une diététicienne, une infirmière libérale et un médecin. L'ARS a déterminé ce que ne devait

pas être une CPTS. Elle propose que, sauf exception, un territoire comprenne au moins 30 000 habitants. Elle a décidé d'associer aux CPTS les centres de santé et les médecins à temps partagé entre la ville et l'hôpital. Les professionnels de santé souhaitent pouvoir s'organiser entre eux avant de s'associer aux hôpitaux, aux acteurs médicosociaux, aux acteurs de la prévention, etc. Enfin, l'ARS apportera des fonds publics aux CPTS, d'abord dans le cadre du FIR, puis, vraisemblablement, dans un cadre conventionnel. Les soins non programmés, la prévention, et, éventuellement, la permanence des soins, devraient être des éléments figurant dans le contrat d'accompagnement de toutes les CPTS.

Les professionnels de santé, y compris les médecins libéraux, s'organisent entre eux depuis très longtemps. Il faut accroître cette coordination. L'organisation dans les territoires doit prendre en compte la réalité du terrain des professionnels et des politiques, ce qui n'est pas une tâche aisée, car les territoires ne sont pas tous les mêmes. En conséquence, le territoire ne peut être défini au niveau national. Enfin, il faut souligner que les médecins s'engagent quand le système est organisé et financé et que leur mode de fonctionnement est pris en compte.

Évolution des statuts de la CPTS Paris 13^e en 2018 : son Conseil d'administration comprend désormais trois collèges : 1) le collège des professionnels de santé individuels, qu'ils soient salariés ou libéraux, qu'ils travaillent en ville ou à l'hôpital, qui possède le poids le plus important, 2) le collège des structures de santé, des structures médico-sociales et des structures sociales et 3) le collège des personnes morales représentant les usagers. Cette organisation donne satisfaction.

L'élément moteur du territoire est essentiel et incontournable. L'évolution des pratiques et des métiers nécessitera de la formation et un renforcement des compétences. Le projet de CPTS doit être formalisé en intégrant la promotion de la santé et la prévention.

Tous les intervenants n'ont pas la même conception d'une CPTS. Certains estiment qu'elles doivent être une organisation de médecins libéraux. Mais les CPTS doivent rassembler d'autres intervenants que les médecins libéraux et les professionnels du soin.

Le point d'exclamation par lequel s'achève le titre de ce séminaire traduit l'impatience que la prévention soit mise en œuvre. La prévention doit devenir la priorité de tous.

Introduction et synthèse des préconisations des trois structures – HCSP, HCAAM et CNS : Emmanuel RUSCH, président de la Commission spécialisée des droits des usagers du système de santé de la Conférence nationale de santé et président de la Société française de santé publique.

Emmanuel RUSCH, Président de la Commission spécialisée des droits des usagers du système de santé de la Conférence nationale de santé et Président de la Société française de santé publique, souligne, en introduction, que les formations sont disparates, les qualifications variables, les compétences mal définies, et le rôle des acteurs mal reconnu.



Dans cette session, il sera seulement question des acteurs professionnels. Certains acteurs de la prévention se consacrent entièrement à la prévention (santé scolaire, santé au travail), d'autres s'y consacrent en partie seulement, d'autres enfin ont une attention particulière pour la prévention (par exemple, les assistantes sociales). Leur formation est très diverse : certains sont formés et diplômés, d'autres possèdent une expérience professionnelle, d'autres ont un statut de bénévoles.

Trois questions sont traitées. La première est celle du cadre éthique et déontologique commun à tous les acteurs. S'y rapportent les questions de la responsabilité populationnelle, de la légitimité à agir pour un individu ou une collectivité pour modifier des comportements ou accompagner une personne, de la possibilité de transposer à tous une expérience personnelle et du risque que le savoir vertical soit remplacé par un cadre tout aussi prescriptif.

La deuxième question est celle de l'expertise des métiers et des compétences. Il s'agit d'identifier les référentiels métiers et compétences, et de répertorier l'ensemble des formations délivrées dans ce champ et les métiers à fort enjeu.

La troisième question est celle de la performance individuelle et collective des acteurs. Il s'agit d'améliorer les liens entre les acteurs, de faire émerger des politiques territoriales, de renforcer la culture de l'exploitation des retours d'expérience.

Interventions en prévention, promotion de la santé : quelle posture éthique ? **Pascal NOUVEL, philosophe, Université de Tours**



Pascal NOUVEL, philosophe, Université de Tours, n'est pas praticien, se propose d'évoquer deux obstacles à la prévention, prévention qui, pourtant, présente un avantage certain, notamment budgétaire. Prévenir, c'est voir quelque chose avant qu'elle ne se produise. Il s'agit donc de prévenir avant l'apparition du symptôme, qui est le point de départ traditionnel de la maladie. En conséquence, l'éthique de la prévention est toujours une éthique du soupçon. Il faut réfléchir à ce que signifie soupçonner quelque chose de son propre corps — puisqu'il s'agit de transférer le soupçon au patient. Le deuxième obstacle est lié au premier : dès lors qu'on soupçonne, on accumule des données sur l'état biologique d'un patient. Leur divulgation serait néfaste pour le patient.

Il faut donc surmonter le soupçon et protéger les données. Les systèmes d'intelligence artificielle en cours de développement pourraient permettre d'atteindre cet objectif. En effet, certains d'entre eux agissent de manière systématique et aveugle, et ils peuvent être dotés de moyens de protection des données. Il faut dès à présent s'interroger sur la manière dont ces techniques seront utilisées. Dans le cas contraire, l'intelligence artificielle appliquée à la médecine ne sera le fait que de sociétés privées.

Difficulté de reconnaissance des acteurs de la prévention/promotion de la santé, Jean-Pierre COUTERON, Fédération Addiction



Jean-Pierre COUTERON, psychologue clinicien, Fédération Addiction, propose de s'interroger sur la raison pour laquelle la prévention ne devient pas ce qu'elle devrait être. La diversité des actions, des acteurs et des expertises, y compris des expertises de mise en œuvre, induit un risque d'émiettement et de dispersion. Il serait utile d'organiser un continuum d'intervention et une gouvernance de convergence, et non de compétition.

Par exemple, alors que les mesures structurelles pour réduire la consommation de tabac et d'alcool font l'objet d'un consensus — la limitation des opportunités par l'augmentation des prix —, leur mise en œuvre se heurte à l'opposition des acteurs économiques. Quand bien même ces mesures seraient appliquées, elles ne suffiraient pas, en raison des inégalités de santé. Or il n'existe aucun budget pour l'accompagnement des personnes.

Pour rendre la prévention efficace, il faudrait informer, réguler, augmenter les compétences psychosociales et anticiper. Quatre principes pourraient, en outre, aider à la rendre plus visible :

- soutenir les professionnels qualifiés en matière de prévention, la prévention est une véritable compétence que les soignants ne possèdent pas tous ;
- inclure la santé dans l'action de tous les acteurs plutôt que de substituer les acteurs de santé aux autres acteurs ;
- réaliser des interventions précoces, ce qui permettrait aux professionnels du soin et aux professionnels de la prévention d'intervenir au moment où ils sont le plus efficace ;
- prévoir un financement de la prévention.

Acteurs de la promotion de la santé, quelles formations ?
Christine FERRON, déléguée générale de la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES)



Christine FERRON, Déléguée générale de la Fédération Nationale d'Education et de promotion de la Santé (FNES), souligne que, en matière de formation, quatre niveaux d'intervention semblent nécessaires :

- la formation des acteurs de l'observation et de la surveillance ;
- la définition d'orientations stratégiques et la coordination de l'offre ;
- le développement des compétences et la professionnalisation des acteurs relais ;
- la mise en œuvre d'actions auprès des populations.

Dans le cadre de sa convention avec Santé publique France, la FNES a dressé un inventaire de l'offre de formation existante. Il existe un très grand nombre de formations, et les acteurs et formats de la formation sont eux-mêmes multiples. PromoSanté Île-de-France a ainsi recensé 647 formations dispensées par des organismes certifiés en Île-de-France.

L'offre est diversifiée ; elle comprend des formations initiales spécialisées, des modules de formations initiales non spécialisées, des formations professionnelles continues, des formations de formateurs, des formations-actions. Parmi les modalités de formation, qui évoluent, il faut citer les formations croisées interprofessionnelles, les coformations avec les usages, les MOOC (*massive open online course*), l'e-learning, les congrès, colloques, séminaires et universités d'été, le conseil et l'accompagnement méthodologique, la capitalisation d'expériences, les recherches interventionnelles et les communautés de pratiques.

Il est nécessaire d'améliorer l'accès à l'offre de formation, en la recensant et en la centralisant, en améliorant la prise en charge financière des formations (de nombreux acteurs de la prévention appartiennent au monde associatif et ne disposent pas de budgets de formation importants), et en soutenant les offreurs de formation (qui sont également souvent des associations).

Il faut également veiller à la qualité de l'offre de formation, en définissant des orientations claires et cohérentes, en veillant à la qualité pédagogique, en évaluant les formations et en s'interrogeant sur les référentiels de compétences et les référentiels de formation, qui sont multiples.

La stratégie nationale de santé propose plusieurs pistes : le service sanitaire, le développement de la formation des étudiants au vécu du patient, le développement dès la formation d'une culture pluriprofessionnelle, la poursuite de l'universitarisation des formations sociales et paramédicales, et le renforcement du rôle de l'expertise des usagers par le développement de la formation.

Prévention, place de l'université et des instituts de formation ?
Jean-Denis AUBRY, Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) de Blois



Jean-Denis AUBRY, Adjoint au directeur de l'IFSI-IFAS de Blois, président régional du CEFIEC (Comité d'entente des formations infirmières et cadres), indique que la prévention est incluse dans le référentiel de formation des infirmiers depuis 2009. L'Université dispense également des formations dans ce domaine, l'Université de Tours propose par exemple un parcours « promotion, éducation, prévention en santé » dans le cadre d'un master de santé publique.

La prévention nécessite de porter une dynamique et une cohérence tout au long du cursus. Le référentiel facilite l'approche transversale par compétences. Par exemple, en IFSI, la prévention est abordée dans le cadre de l'unité d'enseignement (UE) de santé publique en semestre 2 et semestre 3, et dans l'UE Soins éducatifs et préventifs en semestre 4.

Les formateurs de l'IFSI bénéficieront d'une formation sur l'éthique et la pédagogie. Nombre d'instituts de formations paramédicaux qui ne sont pas universitaires sont engagés dans des démarches de qualité. L'intervention des formateurs est nourrie par d'autres champs disciplinaires : la sociologie, la psychologie, les sciences de l'éducation. Enfin, les IFSI ont noué des partenariats avec des acteurs de la prévention et de l'éducation, Clubs Cœur et Santé, USEP (Union sportive de l'enseignement du premier degré), associations de patients diabétiques, etc. Le service sanitaire est un exemple de collaboration pluri-professionnelle.

Table ronde animée par Emmanuel RUSCH avec les intervenants et la participation de Jean-Jacques COIPLÉT



La question des modalités de financement par l'assurance maladie et en particulier celle du maintien du salaire différé des travailleurs.

A moyens constants, faire mieux en matière de prévention.

L'expertise opérationnelle en matière d'organisation est un enjeu important. Mais il existe des structures qui peuvent leur apporter une aide dans ce domaine.

La multiplicité des formations dans le champ de la prévention nuit à sa visibilité et à sa cohérence.

Les IFSI doivent intégrer les universités, afin que les infirmiers et les médecins bénéficient de formations communes, en particulier en matière de prévention.

La CNS recommande l'adoption d'un référentiel de compétences partagé.

Le service sanitaire est également construit dans la conduite de projet.

L'universitarisation des formations doit s'accompagner de la validation des acquis et de l'expérience (VAE) et du constat que les universitaires ne sont pas nécessairement sachant.

L'offre de formation existante tient compte des besoins en formation, mais l'offre de formations universitaires ne répond pas à la multiplicité des besoins.

Tenir compte de la transformation des métiers.

Rendre plus lisible et cohérente l'offre de formation. En outre, les associations qui dispensent des formations ayant été mises en concurrence - notamment par les ARS -, chacune cherche à protéger son territoire au lieu de travailler collectivement. Nécessité d'une réponse collective de l'écosystème, et non seulement des ARS. Dans les appels à projets, l'ARS des Pays-de-la-Loire incite les acteurs à répondre collectivement. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens pourraient être pluripartites.

L'importance de la démarche participative dans la co-construction.

Les professionnels de santé, surtout ceux du soin, peuvent plaider la cause de la prévention auprès des élus, en particulier en matière d'alcool.

3^e session : Mettre en marche une dynamique organisationnelle et financière pour la diffusion des actions de prévention/promotion de la santé

Introduction et synthèse des préconisations des trois structures – HCSP, HCAAM et CNS: François ALLA, Centre de recherche BPH U1219, Bordeaux.

Les trois instances se sont intéressées à préciser le rôle des acteurs ainsi que l'organisation du système de soins et les modalités de financement pour soutenir le « virage préventif », priorité de la Stratégie nationale de santé.



En préambule, François ALLA rappelle que la prévention n'est bien sûr pas l'apanage des acteurs du soin mais qu'il faut dépasser le clivage entre prévention et soins qui prévaut aujourd'hui notamment en termes d'organisation et de financement.

Un enjeu est d'articuler les démarches qui peuvent être menées dans et en dehors du système de soins afin qu'elles soient complémentaires à tous les échelons territoriaux (national, régional, local) et cohérentes pour un patient donné en termes de trajectoire (avec gradation de la prise en charge). Tout cela ne peut se faire que grâce à des prises en charge pluri-professionnelles et des expertises dans des domaines variés intégrant l'action des acteurs institutionnels de la prévention (PMI, santé scolaire...), des collectivités territoriales et du milieu associatif. Le développement concomitant des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et des contrats locaux de santé (CLS) dans un format rénové associant plus étroitement les professionnels de santé doit être mobilisé au service de cette priorité. La place des ARS dans ce contexte est développée dans la présentation de Jean-Jacques COIPLLET.

Concernant le rôle des acteurs du système de soins sur lequel le HCSP s'est plus particulièrement penché, il conviendrait d'inscrire pleinement la prévention comme une mission propre des offreurs de soins quels que soient leur structure de rattachement, leur type d'activité et leur lieu d'exercice. La réalisation effective de cette mission doit s'accompagner d'une évolution des organisations, de la formation des professionnels de santé (formation initiale, DPC...) et de la mise à disposition d'outils adaptés (système d'information partagé, guides de bonne pratique, référentiels, répertoire de ressources existantes sur les territoires...). Le but est de systématiser l'approche clinique préventive dans les pratiques des professionnels et de traduire concrètement cette dimension en termes de responsabilité populationnelle en matière de santé publique, prévention et promotion de la santé sur les territoires.

Prévention et soins doivent être pensés conjointement afin de faire prévaloir la prévention et la promotion de la santé dans l'ensemble de la chaîne des prises en charge. Pour une meilleure

efficacité, l'organisation doit être souple et adaptée aux réalités, aux ressources, et contextes territoriaux. Il n'y a pas de modèle unique. Les travaux du HCAAM conduits à partir de l'exemple de l'obésité, décrivent dans ce domaine cinq principes ou fonctions clés qui doivent être présents pour inscrire pleinement la prévention dans les prises en charge : un programme de soins personnalisé, un référent, la coordination des prises en charge, le développement des compétences personnelles des patients et l'intégration territoriale. Ces fonctions clés peuvent prendre des formes diverses en fonction des dispositifs existants et du choix des usagers.

Le financement de la prévention découle de dispositions juridiques qui ont présidé à la création de l'assurance maladie. Dans sa présentation Bertrand GARROS reviendra sur 70 ans d'histoire et Isabelle VINCENT illustrera concrètement les modalités de financement par l'assurance maladie d'actions de prévention. Le HCAAM a fait des propositions précises pour assurer un financement de la prévention pérenne et sortir de dispositifs dérogatoires et d'exception qui fragilisent l'intégration de la prévention dans la pratique des professionnels de santé et empêchent un déploiement de la prévention à la hauteur des attentes et des enjeux. Ces propositions seront développées par Roland CASH dans sa présentation.

**Aspects juridiques et historique du financement de la prévention,
Bertrand GARROS, président de la Conférence Régionale de la Santé et de
l'autonomie, Nouvelle-Aquitaine**

Bertrand GARROS revient sur 70 ans d'histoire et montre que l'héritage des ordonnances de 1945 relatives à l'organisation et au financement du système de santé perdure encore aujourd'hui. Il ne s'agit pas d'en modifier les valeurs fondatrices, mais d'en adapter les modalités à la situation épidémiologique et sociale. L'absence de volonté politique claire de faire évoluer ce dispositif freine *de facto* le développement de la prévention marquée par une structuration et un mode de financement, responsables d'une dispersion des actions et d'une fragilisation des acteurs de prévention et de promotion de la santé.



Au sortir de la seconde guerre mondiale, pour faire face aux conséquences financières de la maladie, la France s'est dotée d'un système d'assurance maladie géré par les partenaires sociaux avec un financement solidaire basé sur des cotisations sociales. Ce dispositif a permis la solvabilisation des soins dans une logique de grande liberté individuelle caractérisée par le paiement à l'acte et la liberté d'installation. Parallèlement, la prévention a été structurée sur

d'autres bases dans le cadre de services collectivement organisés et financés : protection maternelle et infantile, santé scolaire et universitaire, médecine du travail, examens de santé.

Ce modèle a fait consensus tant sur le plan politique que du point de vue des professionnels pendant toute la période des trente glorieuses. Les politiques de santé étaient centrées sur les soins considérés comme déterminant principal de la santé. Elles avaient donc essentiellement pour objectif, pour les rendre accessibles, de développer et de solvabiliser une offre de soins axée sur les soins aigus avec quasiment pas de solvabilisation de l'offre non curative, financée dans un autre cadre. Ainsi par exemple, la prise en charge des vaccinations n'entrait pas dans le champ de l'assurance maladie.

Toutefois, ce manque d'approche globale de la santé et ces modalités d'organisation et de financement se sont avérées au fil des années de moins en moins adaptées à l'évolution des enjeux de santé.

Le premier choc pétrolier, dans les années 1970, ébranle les fondements financiers du système. C'est seulement à partir des années 1980 que les politiques commencent à réinvestir fortement le champ de la santé publique. L'irruption de l'épidémie de SIDA fait émerger la prévention dans le débat public en remettant profondément en cause le modèle biomédical. Parallèlement, des travaux universitaires montrent l'importance des déterminants de la santé et leur contribution aux inégalités sociales et territoriales de santé. Le Haut Comité de la santé publique dans son rapport de 1994 met ainsi en évidence la position défavorable de la France par rapport aux pays comparables en termes de mortalité prématurée évitable due au sous-investissement en matière de prévention. La certitude d'avoir « le meilleur système de santé du monde » est ainsi remise en cause. Depuis, d'autres enjeux sont venus confirmer les lacunes des politiques de santé publique en matière de prévention et de promotion de la santé : enjeux liés au vieillissement (Alzheimer, maladies chroniques, polyopathie) ou plus récemment enjeux liés aux déterminants environnementaux (qualité de l'air, pesticides, perturbateurs endocriniens).

Le réinvestissement politique depuis plus de trente ans en faveur de la prévention peine pourtant à se concrétiser dans les faits. Ce constat est en partie le résultat de la triple logique financière qui a accompagné ce mouvement :

- L'implication croissante de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire dans une logique de prévention individuelle.

Cela s'est d'abord traduit par la création d'un fonds de prévention commun PREMUTAM (PREvention MUTalité Assurance Maladie) en 1981 pour prendre en charge de façon dérogatoire la vaccination contre la grippe des personnes âgées. Ce fonds sera progressivement élargi à d'autres actions et deviendra le FNPEIS en 1988 pour le régime général. Ultérieurement est intervenue la prise en charge financière de soins médicalisés de prévention, individualisés pour les assurés, dans le même cadre juridique « de gestion du risque » que les autres soins – c'est-à-dire soit en étant inscrits à la nomenclature, soit comme partie prenante d'un autre acte coté. Plus récemment ont été introduits des financements forfaitaires sur objectifs de santé publique pour les professionnels de santé notamment à la suite de la réforme du parcours de soins de 2004.

- Un désengagement croissant auprès des services de prévention collectifs dont le financement relève de budgets publics. Ces services, PMI, santé scolaire, associations de prévention ou d'éducation pour la santé sont de plus en plus « exsangues » et contraints de recentrer leur action sur les populations les plus vulnérables, loin de l'ambition universelle des origines. Également financés de façon collective, les services de santé au travail et les services d'examen de santé sont aussi en difficulté.
- Les investissements en faveur de la prévention sont trop souvent ponctuels. Parfois massifs, ils varient au gré des majorités ou témoignent de l'engagement personnel des décideurs du moment sur tel ou tel problème de santé publique (plan cancer, plan Alzheimer...). S'agissant d'enveloppes dédiées, ils sont soumis aux aléas politiques et plus encore à la régulation frappant les finances publiques.

L'investissement financier en matière de prévention a ainsi été davantage axé sur les soins de prévention individuels (dépistages, vaccination, prévention secondaire médicamenteuse...) au détriment de la prévention collective intégrant la dimension de la promotion de la santé.

Parallèlement, ces logiques financières se doublent d'un problème de gouvernance à tous les échelons : au niveau national, en particulier en interministériel pour développer la prévention dans toutes les politiques mais aussi au niveau régional et local avec un périmètre d'action et une articulation entre les différents services de l'État ou entre l'État et les collectivités territoriales qui nécessiteraient d'être clarifiés dans un contexte où la régionalisation et la territorialisation des politiques de santé ont été renforcées.

La loi reconnaît à l'État le soin de définir la politique de santé de la Nation¹, notamment dans le cadre d'une stratégie nationale de santé. Toutefois jusqu'à présent, l'absence de priorités de santé publique clairement formulées (ou au contraire le foisonnement d'objectifs non hiérarchisés), le manque de lisibilité et de transparence des financements dans leur attribution malgré des procédures formelles (appel à projet...) auquel s'ajoute le manque de visibilité budgétaire sur le long terme, ont déstabilisé et fragilisé les acteurs. Sur le terrain, cela s'est traduit pour les promoteurs d'action de prévention par le développement de stratégies guidées davantage par l'opportunité financière que par la réponse à des besoins identifiés localement mais qui ne sont pas financés. A cet égard, il semble nécessaire de mettre fin, en matière de financement de la prévention, à l'annualité budgétaire. Dans un tel cadre, les actions de prévention ne sont comptabilisées qu'en dépenses l'année où elles surviennent. Le retour sur investissement qu'elles procurent n'est ainsi jamais pris en compte. Il faut donc sortir d'une logique budgétaire de fonctionnement pour passer à une logique d'investissement et de santé durable. Tout ce que nous n'avons pas prévenu hier doit être pris en charge aujourd'hui et tout ce que nous ne prévenons pas aujourd'hui devra être pris en charge demain.

D'un point de vue budgétaire, la question du partage de la gouvernance avec l'assurance maladie demeure, dans les faits, sous-jacente. L'État « ponctionne » ainsi régulièrement le FNPEIS malgré les réserves ou l'opposition des membres du Conseil de la CNAM. De plus, si le paiement à l'acte

¹ Article L1411-1 du Code de la santé publique.

apparaît comme une opportunité pour le développement de la prévention dans le système de soins, il faut toutefois rester vigilant pour ne pas solvabiliser une offre de prévention essentiellement axée sur les individus au détriment des services et des actions à vocation collective. De ce point de vue, la question de la pratique d'une activité physique est démonstrative. Avec le sport sur ordonnance, on passe à la prescription médicale. Il y aura sans nul doute une demande sociale pour qu'une telle prescription fasse l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie. Dès lors, la solvabilisation d'une offre de « coaching » sportif individuel sera assurée. Une politique globale de santé par le sport ou l'activité physique ne peut se réduire à cette seule dimension. Au final, il est indispensable de mieux définir les conditions d'une véritable synergie entre dimension individuelle et dimension collective de la prévention et de la promotion de santé, notamment d'un point de vue financier. Cela nécessite une plus grande implication des instances de démocratie en santé.

**Les expérimentations et les actions locales financées par la CNAM pour la
prévention du surpoids et de l'obésité,
Isabelle VINCENT, Département de la prévention et de la promotion de la
santé, CNAM**

La présentation d'Isabelle VINCENT permet de préciser les éléments de contexte qui situent



l'intervention de la CNAM en matière de prévention du surpoids et de l'obésité de l'enfant, les modalités de l'action et leur assise scientifique et juridique.

L'inscription à l'agenda politique des questions relatives à l'obésité se sont traduites concrètement pour la CNAM par des actions à mener dans le cadre des Plans de santé publique successifs (Programme National Nutrition Santé et plan national obésité 2010-2013) sur le volet de la prévention d'une part et de la gestion du risque d'autre part². La convention médicale

de 2011 rappelait le rôle et l'implication des médecins traitants dans les programmes de prévention, en cohérence avec la politique nationale de santé. La COG Etat-Assurance maladie 2014-2017 précisait les actions concrètes à mettre en place : outre le soutien et la structuration d'actions locales, il s'agissait d'étendre des expérimentations locales de dépistage du surpoids et de l'obésité en milieu scolaire et de développer des actions de prévention en lien avec les médecins traitants. La convention médicale de 2016 est allée plus loin avec la création d'un acte « consultation suivi de

² Dans le plan Obésité, la CNAMTS est ainsi pilote sur 2 actions :

- Mesure 1-3 Promouvoir le dépistage précoce chez l'enfant et en assurer l'aval - Action 5 : systématisation du dépistage chez les enfants et organisation de l'aval
- Mesure 1-9 Analyser la pertinence des pratiques - Action 12 : analyse de la pertinence des pratiques.

l'obésité » visant au suivi et à la coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité financé sur le risque³.

De façon générale, les actions de l'Assurance maladie financées par le fonds de prévention (FNPEIS) en matière de prévention du surpoids et de l'obésité de l'enfant sont de deux sortes :

- Le financement d'actions locales par les CPAM ciblant explicitement les populations défavorisées selon un cahier des charges précis : environ une cinquantaine d'actions par an sont financées depuis 2015 dans ce cadre ;
- Le soutien aux pratiques des professionnels de santé qui s'appuie sur le réseau des délégués de l'assurance maladie visant à encourager le repérage précoce des situations à risque en matière d'obésité de l'enfant et notamment à dépister le rebond d'adiposité précoce.

Ces actions d'accompagnement pour le dépistage du surpoids et de l'obésité de l'enfant menées auprès de médecins généralistes, de services de protection maternelle et infantile et des centres d'examen de santé ont permis d'évaluer les pratiques et de préciser les besoins et les attentes des professionnels de santé. Sur ce dernier point il s'agissait principalement de pouvoir mettre en place une prise en charge multidisciplinaire et de solvabiliser l'accès à des consultations non prises en charge par l'assurance maladie : consultations de diététiciens et de psychologues, bilan d'activité physique. Dans ce cadre, l'assurance maladie a proposé de lancer l'expérimentation d'un forfait pour améliorer la prise en charge et le suivi d'enfants de trois à huit ans chez lesquels le médecin traitant a décelé un risque d'obésité défini par les recommandations élaborées par la Haute Autorité de santé⁴. C'est l'objet de l'expérimentation « Mission : retrouve ton cap ».

L'article 68 de la LFSS 2016⁵ prévoit ainsi d'expérimenter sur trois territoires (Seine-Saint-Denis, Nord-Pas-de-Calais et Réunion) un forfait de prise en charge d'un montant maximum de 240 euros/an et par enfant (renouvelable) adaptable en fonction des besoins identifiés. Dans le cadre de cette expérimentation pilotée par le ministère des solidarités et de la santé et la CNAM, le médecin qui suit l'enfant (médecin traitant, pédiatre, médecin de centre de santé ou médecin de PMI) peut prescrire des consultations diététiques, des bilans d'activité physique ou des consultations psychologiques, en fonction des besoins et de la situation de l'enfant et de sa famille. L'expérimentation est limitée aux enfants âgés entre 3 et 8 ans. Depuis janvier 2018, date de début de l'expérimentation, 630 enfants ont déjà bénéficié de ce dispositif.

Les consultations et bilans sont réalisés par des professionnels de santé ou des psychologues appartenant à des centres de santé ou des maisons de santé, habilitées par les caisses primaires d'assurance maladie et les agences régionales de santé avec lesquelles elles contractualisent. Les structures bénéficient de la rémunération forfaitaire prévue pour les bilans et consultations réalisés, La prise en charge est financée à 100% par la CNAM (FNPEIS) ; la famille est dispensée d'avancer les frais. Une évaluation de l'expérimentation qui pourra être généralisée à terme portera sur les

³ L'article 28.3.1 de la convention médicale crée « une consultation de suivi et coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité, dénommée CSO (Consultation Suivi de l'Obésité), réalisée à tarif opposable par le médecin traitant de l'enfant qui serait valorisée à hauteur de 46 euros, au 1er avril 2017 ; cette consultation peut être facturée au maximum deux fois par an ».

⁴ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-12/recommandation_obesite_enfant_et_adolescent.pdf

⁵ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031663208&categorieLien=id>

processus (l'utilisation du forfait par les prescripteurs et par les familles), l'adéquation du forfait aux besoins des familles ainsi que sur la satisfaction des acteurs et les résultats en termes de santé.

Références bibliographiques

- La consultation diététique réalisée par un diététicien. Recommandations HAS janvier 2006.
- Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent. Recommandations. HAS septembre 2011.
- « Évaluer et suivre la corpulence des enfants »
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/cfesbases/catalogue/pdf/imc/docimcenf.pdf>
- web documentaire réalisé par le CN REPOPOP destinés aux parents d'enfant(s) en surpoids
www.surpoids-enfant.fr
- Rapport ANSES : Actualisation des repères du PNNS. Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité - février 2016.
- Synthèse pour les professionnels des recommandations de l'ANSES de février 2016 sur l'activité physique et la sédentarité - Santé publique France - août 2017.

**Financement des actions de la prévention par les ARS : FIR, organisation interne et organisation des partenariats,
Jean-Jacques COIPLÉT, directeur général de l'ARS des Pays de la Loire**

Comment passer à l'acte ? Jean-Jacques COIPLÉT souligne le rôle de l'ARS pour que les déclinaisons des orientations nationales portées par la *Stratégie nationale de santé 2018-2022*, la stratégie de transformation du système de santé « *Ma santé 2022* » et le plan national de santé



publique « *Priorité prévention* » demeurent cohérentes et opérationnelles sur les territoires. Les ARS ont un rôle déterminant pour décliner et adapter la déclinaison des politiques nationales de prévention et de promotion de la santé au contexte territorial. Elles ont besoin d'un cadre d'action stratégique qui fixe les priorités mais également d'une certaine souplesse pour adapter et moduler leur mise en œuvre en fonction des besoins identifiés sur les territoires. Le modèle actuel même s'il est complexe - notamment parce que les ARS n'ont pas la maîtrise de l'ensemble des politiques relatives à la

prévention et à la promotion de la santé au niveau régional - permet toutefois d'obtenir un équilibre satisfaisant pour coordonner les différents niveaux. Sur le plan budgétaire et financier, les ARS pourraient cependant bénéficier d'une plus grande autonomie dans la gestion des crédits et la fongibilité des enveloppes afin de faciliter l'adéquation des financements aux besoins identifiés sur les territoires, sans, bien sûr, occulter le nécessaire rendu compte auprès des autorités nationales.

Sur le terrain, les défis sont nombreux. Il faut à la fois démontrer l'intérêt collectif à s'engager dans la prévention et la promotion de la santé pour susciter l'adhésion de nouveaux acteurs et conserver l'implication des acteurs existants pour générer une dynamique territoriale cohérente au regard des orientations nationales. Pour cela, l'animation territoriale menée par les ARS nécessite d'être

ouverte aux propositions et aux initiatives qui émanent du terrain. Inversement, réserver les expérimentations nationales aux modèles que l'on souhaite tester dans une perspective de généralisation serait une orientation souhaitable pour ne pas épuiser et frustrer les acteurs.

Différents outils de contractualisation peuvent être mobilisés. Les CLS ont vocation à porter les politiques intersectorielles de la santé publique mais s'ils sont en effet des vecteurs privilégiés de la prévention, ils ne sont pas les seuls outils que l'ARS peut mobiliser dans une logique de parcours. Des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) peuvent être conclus par les ARS avec des établissements ou des structures et dans un autre registre, des appels d'offres ou des appels à projets peuvent financer des actions spécifiques. Toutefois, ces outils restent ciblés sur certains acteurs ou limités à certaines thématiques. Ainsi, un nouveau type de contrat, des « CPOM territoriaux » sont envisagés par les ARS pour inciter les partenaires (services de l'Etat, assurance maladie...) intervenant au niveau des bassins de vie, à agir de façon transversale dans une dynamique de parcours.

La prévention et la promotion de la santé nécessitent des actions de long terme et une programmation pluriannuelle. Pour cela et afin d'éviter une « précarisation de l'action », il faut fournir les conditions permettant de stabiliser et d'accompagner le développement de la prévention. Le Fonds d'intervention régional (FIR) représente, en Pays de la Loire, 180 millions d'euros — pour des dépenses de santé totales de 10,7 milliards d'euros. Les crédits du FIR alloués à la prévention sont de 25 millions d'euros. Il faut toutefois relativiser la faiblesse des sommes engagées car ces montants ne représentent pas la totalité des dépenses de prévention que la région consacre à la prévention : il faut y ajouter les dépenses des collectivités territoriales et des autres opérateurs (assurance maladie, mutuelles, etc.). Pour renforcer la dynamique de prévention, il faudrait certainement augmenter le FIR pour cet enjeu, lui donner une perspective pluriannuelle mais aussi accroître les marges de manœuvre possibles pour les ARS. Il est également nécessaire que la prévention soit valorisée — peut-être de manière forfaitaire dans certains cas — dans le financement de l'ensemble des offreurs de soins.

<p style="text-align: center;">Quelles évolutions possibles pour le financement de la prévention ? Roland CASH, médecin et économiste, expert auprès du HCAAM</p>

Roland CASH indique que le HCAAM rendra prochainement un avis sur « *l'organisation et le financement de la prévention dans le système de soins* »⁶. L'application concrète de ces propositions est illustrée à partir de l'exemple de l'obésité. Cet avis complète l'avis adopté le 28 juin 2017 qui proposait les éléments de doctrine pour « *Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé* » en matière d'outillage stratégique, de gouvernance ainsi que les bonnes pratiques d'évaluation pour agir efficacement sur les déterminants de santé à tous les niveaux, en interministériel, au niveau régional et au plan local.

⁶ L'avis a été publié sur le site du HCAAM :

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



L'enjeu de la prévention est considérable comme l'illustre la comparaison suivante : alors que le coût social de l'obésité et du surpoids est estimé par la Direction générale du Trésor à 20,4 milliards d'euros (12,8 Mds pour l'obésité seule), dont 13,4 milliards sont supportés par l'Assurance maladie, l'ensemble des dépenses de prévention chiffré par la DREES en 2017 dans les comptes de la santé⁷ s'élève à 5,9 milliards d'euros pour la prévention institutionnelle⁸ et à 9,1 milliards d'euros pour la prévention incluse dans la consommation de soins et de biens médicaux⁹. Toutefois, malgré l'importance des montants engagés pour la prévention et la promotion de la santé, des difficultés persistent et génèrent une insatisfaction globale avec une multiplication d'actions ponctuelles et un éparpillement des initiatives et des financements. Il y a besoin de renforcer les articulations entre professionnels de santé, structures de soins,

structures dédiées à la prévention, notamment les services de médecine préventive (en grande difficulté actuellement) et l'action des collectivités territoriales.

L'obésité est une problématique exemplaire pour traiter du sujet de la prévention de façon globale. Il est en effet nécessaire d'agir sur les différents leviers. D'une part, en menant une stratégie globale qui associe des leviers nationaux (régulation de l'offre alimentaire, information sur la qualité des aliments, *etc.*) et la promotion de la santé dans les territoires, et d'autre part en promouvant une organisation de l'offre de prise en charge intégrant la prévention, graduée dans le système de soins.

Les derniers travaux du HCAAM se sont centrés sur les problématiques de l'organisation et du financement, peu explorées jusque-là. L'enjeu est de proposer des organisations de proximité rendant possible la prévention en routine, graduée en fonction des besoins des personnes et s'appuyant sur la diversité des acteurs. « *Il ne s'agit pas de proposer un parcours type mais plutôt un panier de solutions mobilisables en fonction des besoins des patients, inscrites dans la proximité, adaptées aux réalités territoriales* ».

Une limite au développement de la prévention vient du fait que certaines activités comme les consultations de psychologues et de diététiciens, l'activité physique adaptée, l'éducation thérapeutique, les fonctions de référent et d'accompagnement, ne sont pas financées dans le cadre du droit commun. En outre, les professionnels de santé ne bénéficient pas toujours de rémunérations adaptées pour des consultations qui peuvent être longues et complexes malgré des avancées récentes dans la nomenclature pour la prise en charge de l'obésité de l'enfant.

Pour le HCAAM, le financement des actions de prévention devrait s'attacher à résoudre les problèmes actuellement observés (en particulier l'éclatement des actions, le non financement par

⁷ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2017-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2018>

⁸ La prévention institutionnelle est financée ou organisée par des fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux (incluant le FIR). Les montants sont très stables depuis au moins 2010.

⁹ La dépense de prévention non institutionnelle – à l'initiative des patients ou des professionnels de santé, hors programmes de santé publics – est estimée sur la base de l'ensemble des dépenses des régimes d'assurance maladie.

l'assurance maladie d'une partie des prestations nécessaires, l'absence d'évaluation des programmes...) en se basant sur les principes suivants :

- Les modalités de financement doivent promouvoir un parcours cohérent et adapté aux besoins du patient, tenant compte de la diversité des intervenants sur les territoires et du degré de sévérité des facteurs de risque.
- Il n'est pas question cependant de définir des « parcours-types » mais de mettre en place des modules d'intervention (diététique, activité physique adaptée, éducation thérapeutique, *etc.*) dans le cadre d'un plan personnalisé de prise en charge défini au départ, l'entrée dans un tel programme ne pouvant se faire qu'au sein d'une organisation pluri-professionnelle. En s'appuyant sur les propositions énoncées dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé, les CPTS (Communautés professionnelles territoriales de santé) pourraient se saisir de ce sujet et être elles-mêmes les organisatrices du dispositif.
- Le financement des professionnels et structures engagés dans la prise en charge des patients doit être conditionné à l'insertion dans un tel programme structuré, coordonné et validé (par exemple à partir des recommandations de bonnes pratiques édictées par la HAS).
- Les modalités de financement ne doivent pas être expérimentales ou dérogatoires aux règles en vigueur, mais offrir aux acteurs une garantie de pérennité.
- Une fonction de référent (le médecin traitant ou un autre professionnel choisi par le patient) doit être définie et financée. Ce financement peut aisément se fonder sur un forfait annuel par patient à verser au professionnel concerné ou à sa structure d'appartenance.
- Il faut pouvoir s'assurer de l'adéquation entre le programme prévu et le programme effectivement réalisé (évaluant à la fois la qualité de la coordination et l'observance du patient), via un retour d'informations. Cela nécessite le développement d'un système d'information partagé autour du patient. A cet égard, le développement annoncé du DMP doit répondre à ce besoin.

Le HCAAM propose le financement distinct des différents « modules » (consultation d'évaluation initiale, forfait annuel du référent, programme d'éducation thérapeutique, *etc.*), le remboursement étant conditionné au fait que le parcours est organisé et coordonné par le référent, et évalué par l'assurance-maladie¹⁰. Ce financement relève d'un partage à définir entre assurance maladie obligatoire, assurance maladie complémentaire et d'autres financeurs (collectivités territoriales, patients...).

Ces rémunérations nouvelles sont-elles finançables ? Il y a certes des besoins de financement supplémentaires. Toutefois, les travaux réalisés à partir de l'obésité montrent que des gains

¹⁰ L'autre option aurait été une forfaitisation complète en fonction du niveau de risque (financement « au parcours », pour une prise en charge sur une certaine durée, avec des modalités de répartition entre les intervenants à organiser). Cette option n'a pas été retenue en raison de sa complexité, des problèmes de faisabilité et des effets pervers potentiels d'une forfaitisation complète en fonction du niveau de risque.

d'efficience sont possibles. D'une part, de nombreux actes ou actions isolés sont déjà inclus dans les dépenses d'assurance maladie ou d'autres financeurs, et les intégrer dans un réel parcours de soins coordonné serait plus efficace pour les patients et efficient pour le système. D'autre part, des actions de prévention primaire, un repérage précoce et une meilleure prise en charge des facteurs de risque doit permettre de limiter le recours à la chirurgie bariatrique dont l'évolution est très préoccupante.

Table ronde animée par François ALLA et les intervenants



suscité de nombreuses questions.

Des interventions d'ordre général ont porté sur le champ des avis et travaux présentés qui semblent limités au système de soins et d'autre part sur la diversité des acteurs de la prévention, notamment pour faire ressortir le rôle des professionnels du secteur médico-social intervenant à domicile et dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes. La question du financement de la prévention a également

Les différents intervenants rappellent que le périmètre de la prévention dépasse en effet largement le système de soins et ne se réduit pas au dépistage précoce et à l'amélioration de la prise en charge, ce qui distingue la prévention de la prise en charge de maladies chroniques. La lutte contre l'obésité et le surpoids relève ainsi d'une stratégie globale articulant différents types d'actions. Elle mobilise en premier lieu des leviers collectifs qui dépassent largement le cadre strict des politiques de santé : leviers supranationaux et nationaux pour agir sur la qualité nutritionnelle de l'alimentation (réglementation, lutte contre les lobbys...), des actions territorialisées pour agir sur l'environnement, des actions visant à une meilleure information de la population et l'éducation pour la santé. Mais la lutte contre l'obésité doit comprendre également des actions permettant le déploiement d'une offre de prévention graduée dans le système de soins qui peut intégrer les différentes dimensions de la prévention vue comme un continuum. Ce sont ces derniers aspects de la stratégie, assez peu étudiés jusqu'à présent qui ont fait l'objet des travaux présentés lors de cette session. On ne peut en effet se satisfaire d'une situation où la seule trajectoire possible pour des personnes à risque d'obésité est *in fine* la chirurgie bariatrique.

Il est difficile de s'inscrire dans un nouveau cadre, l'organisation existante étant le fruit d'un long passé où le système de santé s'est construit dans une logique curative. En témoigne la précarité des financements consacrés à la prévention. Mais, pour reprendre une formule de Bertrand Garros, « *il faut mettre fin au Yalta entre prévention, soins et médico-social* ». Plus largement, il ne faut pas opposer les acteurs et renvoyer systématiquement les professionnels de santé à un destin sanitaire et

curatif. C'est la convergence des actions qu'il faut viser et les propositions du HCAAM s'inscrivent dans un schéma de rupture en proposant la constitution de réseaux de proximité portant la responsabilité populationnelle en matière de santé publique, prévention et promotion de la santé. Il s'agit d'inscrire la prévention dans l'activité courante des professionnels de santé et d'articuler leur intervention avec celle des autres acteurs dans les territoires.

A cet égard, concernant la présentation de la CNAM sur l'expérimentation « retrouve ton cap », il est suggéré qu'au regard des propositions du HCAAM, cette expérimentation pourrait être élargie aux structures de prises en charge pluri professionnelles. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) représentant un cadre de mise en œuvre parfaitement adapté puisqu'il s'agit d'organisations structurées par les professionnels de santé qui la composent en fonction des besoins du bassin de population et des ressources existantes.

L'universalisation de l'assurance maladie autorise également à penser une évolution concomitante du financement des différents segments du système de la santé et le HCAAM propose de sortir d'un mode de financement dérogatoire et de faire rentrer la prévention dans un cadre de financement de droit commun. Toutefois, un équilibre doit être trouvé d'une part entre financements à l'acte et financements forfaitaires (dotations, forfaits « structures », forfaits « patientèle », ...) et d'autre part entre financement consacrés à la prévention individuelle (ou individualisée) et financement de la prévention collective portée notamment par les services spécialisés (PMI, santé scolaire...) en grande difficulté actuellement mais dont l'action doit être préservée.

Introduction et synthèse des préconisations des trois structures – HCSP, HCAAM et CNS : Bernadette DEVICTOR, présidente de la Conférence nationale de santé.

Bernadette DEVICTOR, Présidente de la CNS, indique que le HCSP, le HCAAM et la CNS constatent que jusqu'à ce jour, les politiques de promotion de la santé n'ont pas contribué à la réduction des inégalités de santé et que certains messages de prévention sont clivants. Cependant, les usagers se mobilisent de plus en plus autour des objectifs de prévention. Cette démarche doit être confortée et généralisée.



Le développement de la promotion de la santé nécessite celui de la démocratie en santé, en ce sens que les personnes participent aux décisions qui les concernent. Il est donc nécessaire de développer leur capacité d'agir, ce qui s'appelle l'*empowerment* ou *empouvoirement*, ce qui requiert de la formation, de l'éducation et le développement de la littératie en santé. Le devoir d'information de la part des professionnels est insuffisant : il faut encore s'assurer que les destinataires peuvent s'approprier l'information et qu'elle leur est utile. En outre, l'information ne doit pas se limiter aux pathologies et aux chemins thérapeutiques ; elle doit également porter sur les déterminants de santé et sur l'organisation du système de santé. C'est le projet porté par le service d'information en santé.

Les usagers, nous le verrons dans cette session, sont acteurs de santé : ils définissent et développent des actions de prévention, nous le verrons au travers des projets présentés dans la session.

Les usagers et leurs représentants doivent être partie prenante dans la définition et l'évaluation des politiques de santé, tant au niveau local que national, afin d'assurer une meilleure adéquation entre les attentes des personnes et les réponses qui y sont apportées au travers des politiques de santé.

**La place du e-Patient dans la prévention,
Laure GUÉROULT-ACCOLAS, fondatrice de Mon réseau cancer du sein**



Laure GUÉROULT-ACCOLAS, fondatrice de Mon réseau cancer du sein, indique que ce réseau, fondé en 2014, a pour premier objectif de rompre l'isolement que ressentent les personnes souffrant de cette pathologie et de les faire bénéficier de l'enrichissement que représente l'échange entre pairs. Il faut souligner que la maladie est, pour beaucoup de personnes, l'occasion de réfléchir à sa santé et d'appliquer les messages de prévention. Ces messages sont diffusés sur le réseau Mon cancer du sein. Le réseau promeut également les parcours d'éducation thérapeutique. Les patients, marqués par leur expérience, deviennent eux-mêmes des promoteurs de la santé et de la prévention.

Les communautés que forment les réseaux sociaux sont vivantes ; les patients n'ont pas peur de s'y exprimer et de poser des questions. Elles permettent de transmettre au bon moment certains messages de prévention. Ces messages doivent être conçus avec les patients eux-mêmes. Il faut également travailler avec les acteurs de terrain, notamment parce que la part croissante de la prise en charge ambulatoire isole les patients.

**Co-construction de l'information pour l'utilisateur,
Giovanna MARSICO, déléguée au Service public d'information en santé,
ministère des Solidarités et de la santé, Paris**



Giovanna MARSICO, Déléguée au Service public d'information en santé (SPIS), Ministère des Solidarités et de la santé, indique que SPIS a été créé par l'article 88 de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016. Il a vocation à assurer l'accès à l'information de qualité en santé pour tous ainsi qu'à impliquer les citoyens et les usagers dans la construction et la mise en œuvre de l'information en santé.

Il est fondé sur le principe que les citoyens ont le droit d'être impliqués dans l'élaboration des politiques de santé dont ils sont destinataires et qu'il est nécessaire de renforcer leurs compétences et favoriser l'exercice du pouvoir, afin de les rendre acteurs de la promotion de la santé. Leur participation permet également d'améliorer la réflexion sur les déterminants de santé.

Le citoyen peut participer à la construction des politiques de santé de différentes manières : comme spectateur, comme consommateur, comme partie prenante ou comme porteur d'expertise. Ces deux dernières modalités permettent non seulement d'assurer une meilleure adhésion aux politiques publiques mais également une véritable valorisation du retour d'expérience. Les études et l'expérience montrent qu'en l'état, la situation est susceptible d'amélioration. L'information, qui est un déterminant de santé, est une condition de la participation des usagers et un moyen privilégié de leur implication. Elle se doit d'être fiable, sincère, accessible, pertinente, transparente, actionnable et personnalisée. C'est le but du Service Public d'Information en Santé (SPIS) qui assure un accès privilégié à l'information répondant aux caractéristiques évoquées via son site Santé.fr. Les représentants des parties prenantes, dont les usagers, sont présents à tous les niveaux de la construction du site Santé.fr - gouvernance stratégique, élaboration de la politique éditoriale, adaptation de la forme et du langage au registre de chacun, sollicitation des expériences, etc. -, grâce, entre autre, à des enquêtes de satisfaction, des focus groupes, des entretiens individuels, mais également au moyen d'un espace en ligne, Le Lab, qui permet à tout usager d'évaluer les contenus publiés sur le site et de formuler des suggestions.

La mobilisation des personnes séropositives dans la prévention du VIH, Stéphane GIGANON, directrice Qualité Évaluation, AIDES, Paris



En 1984, l'urgence d'agir pour faire face à l'épidémie de sida a conduit les personnes à se mobiliser pour imaginer des solutions à une problématique qui menaçait leur survie. Aujourd'hui, la démarche communautaire et la place des personnes demeurent centrales. Mais les enjeux de la lutte se trouvent dans le déploiement le plus efficace possible des outils de prévention, par des politiques publiques s'appuyant sur une démocratie sanitaire effective, auprès des populations les plus touchées par ces épidémies.

Pour AIDES, la mobilisation fait la prévention et réciproquement, avec un principe « d'aller vers », qui en est le moteur. Par une dynamique participative et collective, qui fait sens à leur engagement, les personnes s'inscrivent dans une démarche de co-construction pour leur santé. Pour ce faire, elles sont incitées à dépasser le stade de l'individuel, afin d'avoir plus de poids dans un objectif de transformation sociale. C'est par la mobilisation des personnes à qui elle s'adresse que AIDES devient actrice communautaire en santé et non plus seulement actrice de prévention.

Dans la notion d'*empowerment* en prévention, il ne s'agit pas seulement pour le professionnel d'élaborer des pratiques incluant la voix des personnes visées, mais d'interroger en profondeur les modalités de la participation en santé et le rôle de chacune des parties. Le fait de n'être plus le seul détenteur du savoir est une opportunité pour le professionnel de s'interroger sur les lacunes, les manques, les points aveugles des actions et du champ d'action de l'ensemble des acteurs. Et ainsi, d'améliorer l'efficacité des actions.

Ce n'est pas seulement en s'appuyant sur des outils techniques de « l'aller vers » les personnes isolées ou éloignée du système de santé, mais en développant des pratiques réelles de mobilisation, des réseaux de partenariat de proximité et des pratiques coordonnées que les personnes pourront s'engager dans une démarche de santé, personnelle et collective.

Rôle du citoyen dans la prévention du risque alcool par les réseaux sociaux, Guylaine BENECH, consultante formatrice



Guylaine BENECH, consultante formatrice, rapporte qu'un nombre croissant de personnes prennent la parole sur les réseaux sociaux, comme citoyens, pour évoquer la consommation d'alcool et sa prévention. Cette démarche résulte de leur forte volonté de relayer des informations, de sensibiliser à la maladie alcoolique, de réduire la stigmatisation et les clichés et de dénoncer l'influence des groupes de pression. Il faut noter que cette démarche est jugée enrichissante par ceux qui la pratiquent. Elle constitue également, pour certains, le prolongement de leur pratique professionnelle.

Parmi les réseaux les plus utilisés, il faut citer Facebook, qui permet de diffuser des messages, mais également d'échanger. Grâce à ce réseau, des internautes deviennent des aidants, des témoins, des critiques de messages publicitaires et même des formateurs. Le réseau Twitter permet d'interpeller des hommes politiques, de discuter avec des journalistes, de participer à une conversation. Il faut noter que ces réseaux sociaux sont également investis par l'industrie de l'alcool.

Table ronde animée par Bernadette DEVICTOR avec les intervenants



Le SPIS porte une grande attention aux questions environnementales, avec plusieurs séances de travail avec des représentants des usagers. La recherche est importante pour apporter des réponses à ces questions.

L'observation et les témoignages sont d'une grande importance pour faire progresser les connaissances en cette matière, la recherche paraissant trop lente.

Regret de voir la question des usagers traitée à la fin du séminaire. Le HCSP, le HCAAM et la CNS ont insisté sur l'importance de la co-construction avec les usagers.

Conclusion du séminaire



Anne-Marie BROCAS se félicite de l'association du HCSP, du HCAAM et de la CNS pour organiser ce séminaire, qui a permis de réunir des acteurs qui n'ont pas l'habitude d'échanger leurs points de vue. Tous les intervenants s'accordent sur la nécessité d'agir. Alors que les constats qui ont été évoqués étaient déjà établis au début des années 1990, il faut s'interroger sur la raison pour

laquelle ils n'ont pas été suivis d'effet. Ce séminaire a montré que les modes opératoires, l'ordre de mobilisation des acteurs, les périmètres de mobilisation, l'articulation du court terme et du long terme faisaient l'objet de débats.

Bernadette DEVICTOR souligne que les débats ont montré des progrès certains dans les perceptions, les représentations et dans le constat que la prévention doit être une priorité. Par exemple, la responsabilité populationnelle, qui paraissait étrangère aux modes de pensée des acteurs voici quatre ans, est désormais un sujet de débat et de réflexion largement admis. Mais, il subsiste une ambiguïté dans les termes, même dans celui de prévention, et certains outils d'organisation comme les CPTS ne sont pas perçus de la même façon par tous. Pour autant, il y a urgence à agir, la profonde réforme du système de santé qui s'amorce doit être résolument poursuivie.

Franck CHAUVIN retient des débats trois points acquis : la responsabilité populationnelle, la notion de territoire et la formation des acteurs de la prévention. Trois points sont encore en discussion : l'organisation territoriale de la prévention, le financement et la participation des citoyens. Enfin, il semble nécessaire d'affiner les propositions et les méthodes et d'agir sans tarder.

Intervention de Jérôme SALOMON, Directeur général de la santé



Ce séminaire a été consacré aux éléments incontournables de la nouvelle politique de santé : les acteurs - professionnels et usagers -, les territoires et le financement. Quelles que soient les priorités retenues, celles-ci seront mises en œuvre dans des territoires aux ressources hétérogènes et dans lesquels vivent des populations aux besoins de prévention spécifiques. Il faut donc simplifier la production et la circulation d'informations en santé, développer la formation initiale et continue, se doter d'outils de contractualisation simples et efficaces, connaître et reconnaître les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, positionner les habitants des territoires et les patients au cœur des questions qui les concernent, et, enfin, garantir un financement suffisant et pérenne des actions et des acteurs de la prévention.

Chacun doit saisir les opportunités offertes dans le cadre de la déclinaison de la stratégie nationale de santé 2018-2022, notamment de celles s'inscrivant dans les chantiers ouverts par la stratégie de transformation du système de santé « Ma santé 2022 ». L'exemple des travaux du HCAAM sur l'obésité, qui sont novateurs, doit être étendu à l'ensemble du champ de la prévention, y compris la prévention primaire, dont la place est encore bien trop faible. Un autre exemple est celui du développement de la prévention dans l'exercice des professionnels de santé, notamment grâce à l'augmentation de la part du financement au forfait et à la progression de l'exercice regroupé. Il conviendrait de formuler des propositions pour associer et impliquer les acteurs de l'éducation à la santé et de la promotion de la santé, notamment les acteurs associatifs.

Le financement est la question majeure. Le système curatif français est l'un des meilleurs au monde, mais il n'est pas conçu pour la prévention. En outre, l'exercice budgétaire annuel se prête mal au financement de la prévention.

Intervention de Cécile COURRÈGES, Directrice générale de l'offre de soin



L'organisation de ce séminaire montre l'importance que prend la prévention dans les politiques publiques et, en particulier, dans l'organisation des soins. Le Président de la République et la ministre en charge de la santé ont fait de la prévention un des axes majeurs de la stratégie nationale de santé. La prévention est également un des éléments de la stratégie de transformation du système de santé.

Tous les acteurs du soin devront intégrer la prévention dans leur projet et dans leurs pratiques. Cette ambition prendra différentes formes : l'implication des professionnels de ville — la prévention doit devenir le ciment des équipes de soins — et la mise en œuvre d'une politique plus volontariste de prévention par les hôpitaux, en lien avec les CPTS. Ce changement culturel ne se construira pas au niveau national, mais, dans les territoires, par les acteurs eux-mêmes. Ceci nécessite des modes de financement, en ville et à l'hôpital, favorisant le développement de la prévention, ainsi que des outils numériques et de communication. Enfin, cela nécessite de former l'ensemble des professionnels de santé. La transformation du système de santé offre l'opportunité de conduire ces évolutions.
