



**CONCOURS OUVERTS LES 09, 10, 11 et 12 JUIN 2026 POUR
L'ADMISSION AU CYCLE DE FORMATION DES
ELEVES DIRECTEURS D'HÔPITAL**

**2^{ème} EPREUVE D'ADMISSIBILITE
(Durée 5 heures – Coefficient 5)**

Mercredi 10 juin 2026

NOTE DE SYNTHESE ET DE PROPOSITIONS

**CONCOURS INTERNE, TROISIEME CONCOURS, EXTERNE et
EXTERNE SPECIAL dit « TALENTS »**

2^{ème} EPREUVE
NOTE DE SYNTHÈSE ET DE PROPOSITIONS

**CONCOURS INTERNE, TROISIÈME CONCOURS,
EXTERNE et EXTERNE SPECIAL dit « TALENT »**

Sujet :

L'agence régionale de santé vient de publier un appel à projet permettant aux établissements de santé de s'inscrire dans une dynamique de prévention et de promotion de la santé. Le directeur de l'établissement vous demande de rédiger une note afin de présenter au comité de direction les intérêts pour l'établissement à répondre à l'appel à projet de l'agence régionale de santé.

NB :

59 pages + 2 (1 page de garde + 1 sommaire)

SOMMAIRE

<u>Document 1</u>	1 à 6
Missions des établissements de santé	
Code de la santé publique – Chapitre 1 ^{er} (articles L6111-1 à L6111-7)	
<u>Document 2</u>	7 à 9
Des ressources et des méthodes partagées	
adsp n°103 – Juin 2018	
<u>Document 3</u>	10
Le réseau français des hôpitaux promoteurs de santé	
Congrès international AELF-SFSP « Santé publique et prévention », Bordeaux 17 et 19 octobre 2023	
<u>Document 4</u>	11 à 20
Démarche pour un hôpital et un territoire promoteurs de santé (extrait)	
Agence Régionale de Santé d’Île de France	
<u>Document 5</u>	21 à 24
Entretien avec le Pr François Alla, PU-PH Chef de service SSMIP	
Pôle santé publique au CHU de Bordeaux	
<u>Document 6</u>	25 à 28
Hôpital et territoire promoteurs de santé : un projet partenarial pour la santé à Nanterre (extrait)	
Agence régionale de santé d’Île de France - 12 décembre 2024	
<u>Document 7</u>	29 à 59
Le financement de la prévention primaire dans les établissements de santé (extrait)	
Rapport Igas N°2023-084R	



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Légifrance

Le service public de la diffusion du droit

Code de la santé publique

Code de la santé publique

Version en vigueur au 13 avril 2026

Partie législative (Articles L1110-1 à L6441-1)

Sixième partie : Etablissements et services de santé (Articles L6111-1 à L6441-1)

Livre Ier : Etablissements de santé (Articles L6111-1 à L6163-10)

Titre Ier : Organisation des activités des établissements de santé (Articles L6111-1 à L6117-2)

Chapitre Ier : Missions des établissements de santé. (Articles L6111-1 à L6111-7)

Article L6111-1

Modifié par LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 99 (V)

Modifié par LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 1 (VT)

Les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés assurent, dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé.

Ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles.

Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils départementaux pour les compétences qui les concernent.

Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.

Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale.

Ils peuvent participer à la formation, à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé. Ils peuvent également participer au développement professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical.

Article L6111-1-1

Création LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 99 (V)

Dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé, les établissements de santé mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits. A cet effet, ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

Article L6111-1-2

Modifié par Ordonnance n°2020-1733 du 16 décembre 2020 - art. 12

Les établissements de santé peuvent, dans des conditions définies par voie réglementaire, dispenser des soins :

1° Aux personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale ;

2° Aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier ;

3° Aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté ;

4° Aux personnes placées ou maintenues en rétention administrative en application du titre IV du livre VII ou des articles L. 751-8, L. 752-2 ou L. 753-2 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

Les établissements de santé qui dispensent ces soins assurent à toute personne concernée les garanties prévues au I de l'article L. 6112-2 du présent code.

NOTA :

Conformément à l'article 20 de l'ordonnance n° 2020-1733 du 16 décembre 2020, ces dispositions entrent en vigueur le 1er mai 2021.

Article L6111-1-3

Modifié par LOI n°2023-1268 du 27 décembre 2023 - art. 17 (V)

Les établissements de santé sont responsables collectivement de la permanence des soins en établissement dans le cadre de la mise en œuvre du schéma régional de santé et de l'organisation territoriale de la permanence des soins.

Le directeur général de l'agence régionale de santé assure la cohérence de l'organisation de la permanence des soins mentionnée au premier alinéa au regard des impératifs de continuité, de qualité et de sécurité des soins.

Si le directeur général de l'agence régionale de santé constate des carences dans la couverture des besoins du territoire, il réunit les différents établissements de santé et les représentants des professionnels de santé exerçant en leur sein, les invite à répondre aux nécessités d'organisation collective de la permanence des soins et recueille leurs observations. En cas de carences persistantes, il peut désigner les établissements de santé chargés d'assurer la permanence des soins mentionnée au même premier alinéa ou d'y contribuer. Les professionnels de santé exerçant au sein des établissements de santé désignés au titre du présent alinéa participent à la mise en œuvre de cette mission.

Le présent article s'applique à l'ensemble des titulaires de l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1 ainsi qu'aux professionnels de santé qui y exercent.

Lorsque les professionnels de santé exerçant au sein d'un établissement de santé décident de contribuer à la mission de permanence des soins assurée par un autre établissement que celui au sein duquel ils exercent, leur activité à ce titre est couverte par le régime de la responsabilité qui s'applique aux médecins et aux agents de l'établissement d'accueil.

Les modalités et les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat.

NOTA :

Conformément au II de l'article 17 de la loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023, l'article L. 6111-1-3 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la présente loi, s'applique à compter de son entrée en vigueur, nonobstant toute clause contractuelle contraire.

Article L6111-1-4

Création LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 99 (V)

Tout patient pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins bénéficie des garanties prévues au I de l'article L. 6112-2.

Article L6111-1-5

Création LOI n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 - art. 52

Pour des motifs de sécurité, les établissements de santé publics et privés autorisés en application de l'article L. 6122-1 à faire fonctionner une unité de gynécologie obstétrique proposent aux femmes enceintes une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé lorsque la situation de leur domicile implique une durée d'accès à une unité adaptée de gynécologie obstétrique supérieure à un seuil.

Un décret en Conseil d'Etat précise :

1° Les conditions d'accès à cette prestation, notamment la période au cours de laquelle elle est proposée aux femmes enceintes ;

2° Les modalités de son attribution ;

3° L'organisation de cette prestation, que l'établissement peut déléguer à un tiers par voie de convention.

Article L6111-1-6

Création LOI n°2020-1576 du 14 décembre 2020 - art. 59 (V)

Sans préjudice des dispositions de l'article L. 6111-1-5, les établissements de santé peuvent mettre en place un dispositif d'hébergement non médicalisé en amont ou en aval d'un séjour hospitalier ou d'une séance de soins pour des patients dont l'état de santé ne nécessite pas d'hébergement hospitalier pour leur prise en charge.

L'établissement de santé peut déléguer la prestation à un tiers par voie de convention.

NOTA :

Se reporter aux conditions d'application prévues au III de l'article 59 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020.

Article L6111-2

Modifié par LOI n°2023-171 du 9 mars 2023 - art. 27 (V)

Les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités.

Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et l'iatrogénie, définissent une politique du médicament et des dispositifs mentionnés à l'article 1er du règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux, modifiant la directive 2001/83/CE, le règlement (CE) n° 178/2002 et le règlement (CE) n° 1223/2009 et abrogeant les directives du Conseil 90/385/CEE et 93/42/CEE stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation de ces dispositifs.

Article L6111-3

Modifié par LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 1 (VT)

Les établissements de santé publics et privés peuvent créer et gérer les services et établissements sociaux et médico-sociaux mentionnés aux articles L. 312-1 et L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles.

Les services et établissements créés en application de l'alinéa précédent doivent répondre aux conditions de fonctionnement et de prise en charge et satisfaire aux règles de procédure énoncées par le code susmentionné.

Les établissements de santé peuvent créer et gérer les centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du présent code.

Article L6111-3-1

Modifié par Ordonnance n°2021-582 du 12 mai 2021 - art. 1

I.-Les hôpitaux de proximité sont des établissements de santé publics ou privés, ou des sites identifiés de ces établissements. Ils assurent le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers et orientent les patients qui le nécessitent, conformément au principe de pertinence des soins, vers les établissements de santé de recours et de référence ou vers les autres structures adaptées à leurs besoins. Les missions des hôpitaux de proximité sont exercées avec la participation conjointe des structures et des professionnels de la médecine ambulatoire avec lesquels ils partagent une responsabilité territoriale.

II.-En prenant en compte les projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé et en coopération avec les structures et les professionnels de la médecine ambulatoire, les établissements et les services médico-sociaux et d'autres établissements et acteurs de santé, dont les établissements d'hospitalisation à domicile, les hôpitaux de proximité :

1° Apportent un appui aux professionnels de santé de ville et aux autres acteurs de l'offre de soins pour répondre aux besoins de la population, notamment le cadre hospitalier nécessaire à ces acteurs pour y poursuivre la prise en charge de leurs patients lorsque l'état de ces derniers le nécessite ;

2° Favorisent la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité et leur maintien dans leur lieu de vie, en liaison avec le médecin traitant ;

3° Participent à la prévention et à la mise en place d'actions de promotion de la santé sur le territoire ;

4° Contribuent, en fonction de l'offre présente sur le territoire, à la permanence des soins et à la continuité des prises en charge en complémentarité avec les structures et les professionnels de la médecine ambulatoire.

III.-Pour la réalisation, dans des conditions garantissant la qualité et la sécurité des soins, des missions définies aux I et II, de façon obligatoire, les hôpitaux de proximité exercent une activité de médecine, qui comprend, le cas échéant, des actes techniques, proposent, en complémentarité avec l'offre libérale disponible au niveau du territoire, des consultations de plusieurs spécialités, disposent ou donnent accès à des plateaux techniques d'imagerie, de biologie médicale et à des équipements de télésanté, et n'exercent pas d'activité de chirurgie ni d'obstétrique.

A titre dérogatoire et dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, pour favoriser l'accès aux soins et au regard des besoins de la population et de l'offre présente sur le territoire concerné, un hôpital de proximité peut, sur décision du directeur général de l'agence régionale de santé, pratiquer certains actes chirurgicaux programmés. Le ministre chargé de la santé fixe par arrêté la liste limitative des actes pouvant intégrer ces dérogations, après avis conforme de la Haute Autorité de santé.

En fonction des besoins de la population et de l'offre de soins présente sur les territoires sur lesquels ils sont implantés, les hôpitaux de proximité exercent d'autres activités, notamment la médecine d'urgence, les activités prénatales et postnatales, les soins de suite et de réadaptation ainsi que les activités de soins palliatifs, et peuvent apporter leur expertise aux autres acteurs par le biais d'équipes mobiles.

IV.-La liste des hôpitaux de proximité est arrêtée, pour chaque région, par le directeur général de l'agence régionale de santé, en tenant compte de l'activité de l'établissement ou du site mentionnés au I et de sa capacité à réaliser les missions énoncées aux I, II et III.

L'inscription sur la liste des hôpitaux de proximité fait l'objet d'une demande préalable de l'établissement candidat ou de l'établissement de santé dont relève le site candidat. La décision du directeur général de l'agence régionale de santé est notifiée au demandeur dans un délai maximum de six mois suivant la réception de la demande. L'absence de notification d'une réponse dans ce délai vaut rejet de la demande d'autorisation. Dans cette hypothèse, et si le demandeur le sollicite dans un délai de deux mois, les motifs justifiant ce rejet sont notifiés dans le délai d'un mois. Le délai du recours contentieux contre la décision de rejet court à compter de la date de cette notification.

V.-Un décret en Conseil d'Etat définit les conditions d'application du présent article. Il détermine notamment les conditions dans lesquelles les établissements de santé et les sites de tels établissements, dépourvus de la personnalité morale, peuvent être inscrits sur la liste des hôpitaux de proximité et les modalités de présentation et d'examen des demandes d'inscription ainsi que de radiation de la liste.

Article L6111-3-2

Création Ordonnance n°2021-582 du 12 mai 2021 - art. 2

I.-Les hôpitaux de proximité, ou l'établissement de santé dont ils relèvent lorsqu'ils sont dépourvus de la personnalité morale, organisent des coopérations avec les acteurs de soins du premier recours des territoires qu'ils desservent et concluent à ces fins, dans un délai d'un an à compter de leur inscription sur la liste régionale mentionnée à l'article L. 6111-3-1, une convention avec leurs partenaires.

Les parties à cette convention peuvent être en fonction de l'offre de soins et des besoins de santé des territoires desservis, des établissements, une ou plusieurs communautés professionnelles territoriales de santé ou d'autres acteurs de santé relevant du présent code ou des collectivités territoriales.

II.-Cette convention détermine le champ des coopérations, notamment en matière d'accès aux soins, de permanence des soins et d'organisation des parcours de santé, ainsi que les modalités de partage de l'information entre les parties et d'organisation de ces coopérations. Elle précise les coopérations établies entre les parties ainsi que celles qu'elles s'engagent à conclure afin d'exercer les missions prévues à l'article L. 6111-3-1.

La convention prévoit les modalités de suivi et d'évaluation des engagements et des projets des partenaires. A cette fin, elle définit l'instance chargée de suivre et d'évaluer la mise en œuvre des coopérations, qui peut être l'une des instances suivantes :

1° La commission médicale d'établissement de l'hôpital de proximité mentionnée aux articles L. 6144-1 et L. 6161-2-1 ou la conférence médicale de l'hôpital de proximité mentionnée à l'article L. 6161-2. La composition de cette instance peut être adaptée, le cas échéant, en application de l'article L. 6111-3-4 ;

2° L'instance de gouvernance d'une des communautés professionnelles territoriales de santé partie à la convention ;

3° Une instance de gouvernance d'un contrat local de santé du territoire ;

4° Une instance de gouvernance spécifique créée par la convention.

III.-La convention est transmise à l'agence régionale de santé compétente par l'hôpital de proximité ou l'établissement de santé du groupement dont ils relèvent lorsqu'ils sont dépourvus de la personnalité morale. Elle est accompagnée d'un document précisant les modifications requises par les coopérations envisagées sur l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital de proximité.

L'agence régionale de santé s'assure de la mise en œuvre effective des engagements de la convention en cohérence avec les projets territoriaux de santé et, le cas échéant, avec les projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé et les contrats locaux de santé.

Article L6111-3-3

Création Ordonnance n°2021-582 du 12 mai 2021 - art. 2

Les hôpitaux de proximité de statut public, ou l'établissement de santé du groupement dont ils relèvent lorsqu'ils sont dépourvus de la personnalité morale et que l'établissement dont ils constituent un site n'est pas l'établissement support du groupement hospitalier de territoire, concluent avec l'établissement support du groupement hospitalier de territoire auquel il sont parties, dans un délai d'un an à compter de leur inscription sur la liste régionale mentionnée à l'article L. 6111-3-1, une convention organisant les relations entre le groupement et l'hôpital de proximité dans l'exercice de ses missions de proximité.

La convention décrit, au regard de la convention mentionnée à l'article L. 6111-3-2 et du projet médical partagé du groupement, les obligations réciproques des parties et notamment l'appui de l'établissement support et des autres établissements du groupement

aux missions de l'hôpital de proximité définies à l'article L. 6111-3-1 et les modalités de participation de l'hôpital de proximité à la déclinaison du projet médical partagé du groupement.

Cette convention est transmise à l'agence régionale de santé compétente.

Lorsque l'hôpital de proximité relève d'un établissement support d'un groupement hospitalier de territoire, cet établissement informe l'agence régionale de santé compétente des obligations réciproques des parties mentionnées à l'article L. 6111-3-2 ainsi que des modalités de participation de l'hôpital de proximité à la déclinaison du projet médical partagé du groupement.

Article L6111-3-4

Création Ordonnance n°2021-582 du 12 mai 2021 - art. 2

I.- Afin de faciliter les coopérations qu'ils organisent dans le cadre de la convention mentionnée à l'article L. 6111-3-2 avec les acteurs de soins du premier recours des territoires qu'ils desservent, les hôpitaux de proximité peuvent adapter leurs conditions de fonctionnement et de gouvernance selon les modalités prévues aux II et III.

II.- Un hôpital de proximité de statut public inscrit sur la liste régionale mentionnée au IV de l'article L. 6111-3-1 peut être autorisé par le directeur général de l'agence régionale de santé à adapter ses modalités de gouvernance en prévoyant que, par dérogation aux articles L. 6144-2 et L. 6143-7-5, participent, en tant que membres avec voix délibérative, aux séances de la commission médicale d'établissement et du directoire de l'hôpital de proximité ou de l'établissement public dont il relève, s'il est dépourvu de la personnalité morale, des personnes extérieures ou des professionnels de santé, notamment des représentants des communautés professionnelles territoriales de santé.

Le nombre des membres ayant voix délibérative au sein de la commission médicale d'établissement résultant de l'alinéa précédent ne peut excéder une proportion du nombre total de ses membres fixée par décret en Conseil d'Etat.

Les adaptations mentionnées au présent II font l'objet d'une demande auprès de l'agence régionale de santé, formulée par le directeur de l'hôpital de proximité ou de l'établissement public dont il relève, après avis favorable des instances concernées, et, en outre, lorsque l'adaptation concerne le directoire, après avis du conseil de surveillance de l'établissement. Il peut y être mis fin après avis des instances concernées en cas de difficultés dans leur mise en œuvre.

Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent II. Ce décret précise notamment la procédure par laquelle le directeur général de l'agence régionale de santé autorise ces adaptations, la qualité et le nombre de personnes extérieures ou de professionnels de santé compétents autorisés à intégrer les instances concernées de l'hôpital de proximité, leurs modalités de désignation et, le cas échéant, la durée de leur mandat, les modalités de suivi et d'évaluation de ces adaptations, et les conditions dans lesquelles elles peuvent prendre fin.

III.- Lorsque l'hôpital de proximité est dépourvu de la personnalité morale ou qu'il partage une direction commune avec un autre établissement, l'établissement dont il relève garantit que l'hôpital de proximité a mis en œuvre des modalités de fonctionnement et d'organisation du site lui permettant de remplir ses missions de proximité mentionnées à l'article L. 6111-3-1 et adaptées aux coopérations avec ses partenaires établies en application de l'article L. 6111-3-2.

Il peut, à cette fin, être instituée une sous-commission de la commission médicale d'établissement ou une commission médico-soignante, composée de personnels médicaux et non médicaux, dédiée à l'exercice de ses missions de proximité.

Les modalités d'organisation ainsi mises en œuvre font l'objet d'une information de l'agence régionale de santé compétente dans un délai d'un an à compter de l'inscription de l'hôpital de proximité sur la liste régionale mentionnée à l'article L. 6111-3-1.

Article L6111-4

Modifié par LOI n°2023-1250 du 26 décembre 2023 - art. 49 (V)

Le chapitre Ier, les sections 2 et 3 du chapitre II et le chapitre III du titre VII du livre IV du code de l'action sociale et des familles sont applicables aux établissements de santé publics ou privés mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale autorisés à dispenser des soins de longue durée ou de psychiatrie et qui hébergent, dans ce cadre, un nombre de personnes excédant un seuil défini par décret.

Toutefois, pour leur application à ces établissements :

- 1° Les droits des usagers sont ceux prévus par les dispositions du titre Ier du livre Ier de la première partie du présent code ;
- 2° Les références faites, dans l'article L. 472-5 du code de l'action sociale et des familles, aux établissements mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 et, dans les articles L. 472-6, L. 472-9 et L. 473-2 à L. 473-4 du même code, aux établissements mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1, lorsqu'ils sont publics, sont remplacées par la référence aux établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale qui dispensent avec hébergement des soins de longue durée ou de psychiatrie.

NOTA :

Conformément au VII de l'article 49 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023, ces dispositions entrent en vigueur le 1er janvier 2024.

Article L6111-5

Modifié par Loi n°2002-276 du 27 février 2002 - art. 53 () JORF 28 février 2002

Comme il est dit au premier alinéa de l'article L. 2223-39 du code général des collectivités territoriales ci-après reproduit :

" Les établissements de santé publics ou privés qui remplissent les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat doivent disposer d'une chambre mortuaire dans laquelle doit être déposé le corps des personnes qui y sont décédées. Toutefois, la chambre mortuaire peut accessoirement recevoir, à titre onéreux, les corps des personnes décédées hors de ces établissements en cas d'absence de chambre funéraire à sa proximité. "

Article L6111-6

Comme il est dit à l'article L. 2223-43 du code général des collectivités territoriales ci-après reproduit :

" Les établissements de santé publics ou privés qui assurent le transport de corps avant mise en bière et le transfert de corps dans une chambre funéraire doivent être titulaires de l'habilitation prévue à l'article L. 2223-23 au seul vu de la capacité professionnelle des agents et de la conformité des véhicules aux prescriptions fixées par les décrets visés aux 2° et 5° du même article.

Cette habilitation peut être retirée dans les conditions prévues à l'article L. 2223-25.

Les dispositions des deux premiers alinéas du même article ne s'appliquent ni aux établissements de santé qui assurent le transport des corps de personnes décédées, en vue de prélèvements à des fins thérapeutiques, ni aux établissements de santé qui assurent le transport d'enfants décédés de cause médicalement inexpliquée, en vue de prélèvements à des fins diagnostiques et scientifiques, vers l'établissement de santé appelé à réaliser les prélèvements.

Ces établissements ne peuvent exercer aucune autre mission relevant du service extérieur des pompes funèbres. "

Article L6111-6-1

Modifié par Ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018 - art. 21

L'Etat participe aux dépenses exposées par les établissements de santé au titre de leurs activités de formation des médecins, des odontologistes, des pharmaciens et des personnels paramédicaux, dans la limite des crédits ouverts chaque année par la loi de finances.

Les dépenses des centres de réception et de régulation des appels sont financées par des contributions qui peuvent notamment provenir des régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'Etat et des collectivités territoriales.

L'Etat prend en charge les dépenses exposées par les établissements de santé dispensant des soins aux personnes mentionnées au 4° de l'article L. 6111-1-2.

L'Etat prend en charge les dépenses exposées par les acteurs mentionnés au I de l'article L. 6147-10 au titre de leur contribution au soutien sanitaire des forces armées, dans les conditions et les limites fixées par les conventions conclues sur le fondement du même article.

Article L6111-7

Sont déterminées par décret en Conseil d'Etat les mesures réglementaires prévues aux articles L. 6111-1 et L. 6111-4, et en tant que de besoin, les modalités d'application des autres dispositions du présent chapitre.

Des ressources et des méthodes partagées

La santé est multidimensionnelle. Au-delà des approches, les stratégies et les interventions de la prévention se croisent et se complètent. Il existe des ressources documentaires validées et partagées. En amont, toute mesure envisagée devrait prendre en compte ses impacts sur la santé.

Prévention et promotion de la santé : de quoi parle-t-on ?

« **U**n état de complet bien-être physique, mental et social, et non seulement l'absence de maladie ou d'infirmité » : ainsi est définie la santé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). À travers cette définition se construisent, s'opposent, se complètent depuis des années celles de la prévention des maladies et de la promotion de la santé. Qu'en est-il ?

La prévention, un concept en miroir de la maladie

La prévention a été définie par l'OMS en 1948 comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». Depuis, cette définition a englobé des conceptions diverses et une catégorisation d'actions préventives qui s'est, dans certains cas, confondue avec ce que d'autres sources considèrent comme relevant du champ de la promotion de la santé [6].

De manière générale, la prévention se décline selon deux nomenclatures : d'une part, en prévention primaire, secondaire, tertiaire et parfois quaternaire [38], et, d'autre part, en prévention universelle, sélective et ciblée [32]. Dans la première nomenclature, la prévention s'envisage en référence à la maladie et en fonction de facteurs de risque ou de symptômes. La prévention primaire vise à

diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, la secondaire à en diminuer la prévalence, la tertiaire à diminuer la prévalence des incapacités chroniques, récidives, complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie, et la quaternaire à protéger les patients d'actes inutiles. En réaction à cette définition dont l'action relevait uniquement des professionnels du soin, Gordon [32] a proposé une définition structurée autour des populations en s'appuyant sur un calcul coût-bénéfice qui justifie ou non de cibler l'ensemble d'une population. Ainsi, la prévention est alors décrite comme universelle lorsqu'elle concerne l'ensemble de la population quel que soit son état de santé, sélective lorsqu'elle s'adresse à des sous-groupes de population spécifiques (femmes, adolescents, etc.) et ciblée lorsqu'elle n'est recommandée que pour des personnes présentant un facteur de risque, une condition ou une anomalie les identifiant comme présentant un risque suffisamment élevé pour nécessiter l'intervention (par exemple la glycosurie chez les femmes enceintes). Si la nomenclature de Gordon ponctue aujourd'hui encore les nombreuses productions scientifiques et professionnelles, elle n'est pas sans défaut. Le critère central de catégorisation – le coût-bénéfice – rend la ligne de

Linda Cambron
Docteure - HDR -
en santé publique,
titulaire de la chaire
de recherche en
prévention des
cancers INCa/
IReSP/EHESP, UMR
6051, Crape/Arenes,
membre du HCSP
François Alla
Professeur de
santé publique
à l'université
de Lorraine, membre
du HCSP
Franck Chauvin
Professeur de santé
publique au CHU
de Saint-Étienne,
président du HCSP



Prévention et promotion de la santé. Une responsabilité collective

séparation des approches arbitraire, donc fragile et peu stable dans un système décisionnaire complexe. De plus, la nature des stratégies n'est pas précisée, rendant la définition des catégories peu transparente.

D'autres catégorisations de la prévention sont également utilisées, notamment une adaptation de la définition en prévention primaire, secondaire et tertiaire qui, contrairement à celle de 1957 décrites par Gordon, reconnaît l'action hors services de soins [50]. Ainsi ce qui fonde la distinction entre les différents niveaux relève à la fois de la cible populationnelle sélectionnée et du moment où cette action s'inscrit dans le continuum risque-pathologie (incluant les accidents et les traumatismes). La prévention primaire consiste alors en des actions sur l'ensemble d'une population (par exemple les habitants d'une ville, les femmes en âge de procréer, les adolescents, etc.) sans que soit pris en compte le statut d'exposition au risque (par exemple un programme de prévention du tabagisme). En prévention secondaire, l'action se porte sur un sous-groupe exposé au risque (par exemple les fumeurs) sans prendre en compte le développement de symptômes ou d'une pathologie associée à la consommation de tabac. Enfin la prévention tertiaire consiste en des actions déployées généralement dans un cadre clinique auprès d'individus souffrant d'une pathologie chronique. Il s'agit alors d'agir sur les facteurs de risques en lien avec une récurrence ou d'autres pathologies (par exemple un programme de promotion de l'activité physique chez des patients en cancérologie).

Vers une approche plus politique, systémique et décentrée de la maladie : la promotion de la santé
En s'appuyant sur une définition qui évoque les chartes d'Ottawa [60] et de Bangkok [61] : « La promotion de la santé est le processus qui permet aux populations d'améliorer la maîtrise de leur santé et de ses déterminants et, par conséquent, de l'améliorer ». Conceptuellement [60], la promotion de la santé représente donc un processus politique et social qui combine d'une part des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus, et d'autre part des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique. Il s'agit d'offrir des ressources favorables à la santé ou de réduire les effets négatifs des environnements sur la santé des individus et des populations.

Concrètement, les interventions se situent alors dans et hors du système de santé et recouvrent différentes dimensions. La première est politique par l'inscription de la promotion de la santé à l'agenda des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux. La seconde est environnementale à travers une approche systémique et écologique modifiant les conditions de vie et incluant la protection des milieux naturels et des espaces construits. La troisième est communautaire et renforce la mobilisation, la participation des populations aux décisions qui concernent leur santé. La quatrième est individuelle et invite au

développement de l'information et de l'éducation pour la santé dans un objectif d'empowerment des personnes. Enfin, la dernière, liée au système de santé puisqu'il s'agit de favoriser un système qui, par-delà son mandat clinique et curatif, soutient les individus et les groupes dans leur recherche d'une vie plus saine, fait intervenir d'autres composantes de caractère social, politique, économique et environnemental et exige une attention accrue à l'égard de la recherche et des changements dans l'enseignement et la formation des professionnels.

Par cette multi dimensionnalité, il s'agit de susciter et renforcer la résilience des communautés, de développer des activités de promotion de la santé pour la communauté au sens large ou pour des populations présentant un risque accru en matière de santé, mais aussi et surtout de développer des politiques et des actions sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé, inscrivant dès lors la nécessité pour les nations de favoriser la santé dans toutes les politiques. Ces déterminants sont structurels (éducation, emploi, revenu, position socio-économique, genre, etc.) et intermédiaires (conditions matérielles, comportements, facteurs biologiques et psychosociaux, etc.) [52]. Cette action sur les déterminants vise notamment à agir sur le gradient social de la santé pour réduire l'iniquité en santé [11] ; elle dépasse sur ce registre de l'équité la simple intervention sur les populations les plus vulnérables, inscrivant l'action dans le concept d'universalisme proportionnée [53].

Au-delà des définitions, des pratiques qui se complètent

À l'aune de ces deux groupes de définition, là où la prévention est affaire de risques, de pathologies et de traumatismes, la promotion de la santé est un espace d'interventions centrées sur les déterminants sociaux de la santé tels que les conditions d'emploi, de logement, de cohésion sociale et l'aménagement des villes, communes et territoires. Elle réfère donc peu aux facteurs de risque. Ainsi, la vision que l'on a de la santé et de la maladie et de leurs déterminants conditionne les stratégies d'interventions, le choix des populations cibles, le type d'acteur à impliquer.

Pour autant, les stratégies opérationnelles qui déclinent ces deux concepts peuvent se recouper. Ainsi l'éducation pour la santé et l'information se situent à la fois dans le concept de promotion de la santé (par exemple action de sensibilisation des élus aux impacts des conditions d'habitat sur la santé) et dans celui de la prévention. De même, dans une acception de prévention universelle, il est tout fait imaginable de déployer des stratégies systémiques hors cadre sanitaire, pénétrant ainsi le périmètre conceptuel de la promotion de la santé. Pour accentuer encore la porosité des deux concepts, certaines définitions ont été proposées, comme celle de « prévention globale » entendue comme la gestion de la santé au travers de quatre types d'action [25] : par les risques, par les populations, par les milieux de vie et

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.

Remerciements :

Éric Breton,
Roger Salomon,
Zeina Mansour.

par les territoires. Ou encore existe celle de l'Institut national suédois de santé publique [26] qui a complété la nomenclature de Gordon par l'ajout d'une dimension précisant la fonction remplie par l'action de prévention, laquelle peut être environnementale (actions sur les composantes, sociales, économiques, physiques des environnements), développementale (actions d'amélioration des compétences) ou informationnelle (actions sur les connaissances). La question de l'intervention sur les déterminants y est ainsi intégrée, comme dans celle adoptée par la loi française n° 2002-303 du 4 mars 2002, qui décline des fonctions incluant une approche relative aux conditions de vie et à la réduction des inégalités sociales de santé.

Ainsi, au-delà des définitions et derrière les approches conceptuelles qui s'opposent, les stratégies qui les déclinent se croisent et se complètent, rendant floues ces frontières au sein d'une seule même logique : la convergence d'effort au bénéfice de la santé, que

cette dernière soit but ou processus, et des actions proportionnées aux besoins des citoyens... que cette proportionnalité soit liée au gradient social (dans l'universalisme proportionné) ou aux vulnérabilités quant à la maladie (dans les types de prévention). Ainsi la santé est multidimensionnelle et toute intervention doit être conçue en ayant intégré cette caractéristique majeure. Dans ce cadre, l'initiative One Health, « une seule santé », en est l'aboutissement le plus récent [64] puisqu'elle promeut une approche systémique et unifiée de la santé publique, animale et environnementale aux échelles locales, nationales et planétaire. Croisant ainsi les intérêts et la protection de toute forme de vie à la dimension éminemment territoriale dans lesquelles elles cohabitent, l'initiative One Health constitue une vision intégrative des questions de santé. Elle illustre l'interdépendance des déterminants et par conséquent la nécessité d'appréhender cette vision dans toute démarche de santé publique. ↗

Entre « données probantes » et « partage de connaissances » Quelques ressources et outils en promotion et éducation pour la santé ?

Les données probantes et le partage de connaissances comme enjeux des nouvelles stratégies nationales et régionales en santé

La stratégie nationale de santé 2018-2022 affiche dans ses objectifs l'analyse des meilleures connaissances disponibles pour appuyer les décisions et le développement de la production, de la diffusion et de l'utilisation des connaissances.

La Direction générale de la santé, dans son projet stratégique 2017-2019, ambitionne d'améliorer la disponibilité des connaissances, issues de la recherche ou de l'évaluation des pratiques, pour appuyer les décisions et les choix en matière de stratégies et d'intervention. Elle préconise la valorisation et l'accompagnement « des acteurs non institutionnels de la promotion de la santé et de la prévention » pour une mise en œuvre opérationnelle adaptée au plus près des réalités de terrain. Elle insiste enfin sur la disponibilité des résultats des interventions, des programmes et des politiques en termes d'efficacité sanitaire, sociale et économique.

Les nouveaux projets régionaux de santé des agences régionales de santé mettent eux aussi l'accent sur l'utilisation des données probantes ou prometteuses, l'étude des conditions de leur transférabilité et l'accessibilité de l'information.

Enfin, la mise en place récente des dispositifs régionaux d'appui à la prévention et à la promotion de la santé

visent à fédérer les compétences et les ressources régionales en promotion de la santé avec la production et le transfert des connaissances.

Derrière ces différents affichages institutionnels autour des données probantes, du partage et du transfert de connaissances, de l'accès à l'information, nous allons tenter de mettre en scène des ressources documentaires incontournables et protéiformes. Or parler des outils et des ressources en promotion de la santé offre une alternative : faire un inventaire de ce qui existe ou mettre en exergue les principales ressources. Pour la première option on se heurtera à un problème d'exhaustivité – les champs de la prévention, de la promotion de la santé sont vastes –, d'ordonnement – approche populationnelle, comportementale ? –, et de temporalité. Nous choisirons donc la seconde option, centrée sur les données probantes, qui permettra aux acteurs de la promotion de la santé d'accroître certaines de leurs connaissances, de rebondir vers de nouvelles sources, et de se constituer un florilège de ressources incontournables...

À la recherche du terme juste...

La première étape dans toute recherche documentaire est de s'interroger sur les définitions des termes utilisés. De quoi parle-t-on ? Les glossaires et les thésauris sont des ressources indispensables pour cerner la définition d'un concept et mettre en place une culture commune,

Anne Sizaret
Instance régionale
d'éducation et de
promotion de la
santé Bourgogne
Franche-Comté

Accueil docs

Le réseau français des hôpitaux promoteurs de santé.

Publié le 1 octobre 2013

Mis à jour le 11 juin 2019

La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé a introduit un plaidoyer pour une vision élargie de la santé et une réorientation des services de santé vers plus de promotion de la santé au-delà de la prestation des soins. Suite à sa publication en 1986, un projet pilote est lancé en Europe par l'Organisation mondiale de la santé en 1992 pour inciter les hôpitaux et services de santé à intégrer des concepts de promotion de la santé dans leur structure organisationnelle. En 1997, le réseau français des hôpitaux promoteurs de santé (HPS) intègre le nouveau réseau européen. L'INPES assure la coordination nationale du réseau HPS depuis sa création, dans le cadre de ses missions de développement de la prévention et de la promotion de la santé. L'Institut souhaite donner au réseau national une nouvelle dynamique sur le territoire en accroissant le niveau d'engagement à promouvoir la santé des patients, du personnel, et de la communauté qu'ils desservent, sans pour autant remettre en cause leur fonction qui est de soigner les maladies. Avec le soutien du réseau international des hôpitaux promoteurs de santé qui compte près de 1000 hôpitaux dans plus de 40 pays à travers le monde, l'INPES et le comité de coordination du réseau français HPS appuient les établissements de santé en France sur l'intégration des principes de promotion de la santé au sein de leurs politiques et des projets de services. Malgré les avantages comme l'amélioration de la qualité des soins, l'intégration de la promotion de la santé reste un défi non négligeable pour les établissements. Les échanges de pratiques, le soutien méthodologique, la mise à disposition d'outils, la communication sont parmi les bénéfices de travailler en réseau. Source : poster cité dans la "Revue d'épidémiologie et de santé publique" dans le supplément 4, numéro 61.

Congrès International ADELFF-SFSP "Santé publique et prévention", Bordeaux, 17-19 octobre 2013

Auteur : Limbourg A., Deutsch P.

Année de publication : 2013



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité

ars
Agence Régionale de Santé
Île-de-France

Démarche pour un hôpital et un territoire

promoteurs de santé



Édito



L'approche visant à favoriser l'émergence de lieux de santé durables, par une action renforcée de prévention et promotion de la santé et de préservation de l'environnement, est aujourd'hui centrale dans les travaux non seulement de l'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France, mais aussi de nombreux acteurs du système de santé francilien. Mieux prendre en compte les déterminants et conditions d'une santé durable dans les projets immobiliers hospitaliers et leur environnement urbain, telle est justement l'ambition de ce vadémécum.

L'influence, largement documentée, des facteurs environnementaux, urbains et sociaux, sur l'état de santé des individus (mobilités actives, accessibilité, inclusion sociale et équité, développement économique et emploi, pollutions et nuisances, etc.) doit en effet se traduire par une meilleure prise en compte de ces facteurs dans les projets d'investissement immobilier hospitalier.

Ce document, issu d'une initiative menée à Nanterre (92) dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV) propose une méthode pour concevoir de manière partenariale (associant ARS, acteurs de santé, collectivités territoriales) des lieux de santé répondant à ces enjeux d'équité et de durabilité, au-delà de l'activité de soin proprement dite.

Chaque projet est ainsi l'opportunité pour les acteurs franciliens de s'en saisir collectivement pour maximiser l'impact de leurs investissements sur la santé et le bien-être physique, mental et social des patients, usagers, personnels hospitaliers et habitants du territoire.

En s'appuyant sur les principes de l'urbanisme favorable à la santé, ce vadémécum formule des bonnes pratiques de réalisations concrètes et accessibles, issues de réflexions intersectorielles autour de quatre axes thématiques :

Insertion urbaine, inclusion des usagers et des habitants ;	Qualité des milieux et comportements favorables à la santé ;
Lieux et espaces de santé et cohésion sociale ;	Architecture et urbanisme durables et résilients.

Avec ce vadémécum, vous disposez de leviers opérationnels permettant d'améliorer la trajectoire de santé publique et de développement durable et s'inscrivant pleinement dans les orientations stratégiques du Projet régional de santé 2023-2028 (PRS3) et du Plan régional santé-environnement 4 (PRSE4).

Qu'il s'agisse des maladies non transmissibles et chroniques ou des pathologies émergentes infectieuses, la réponse aux besoins de santé doit s'envisager en articulation étroite avec les questions environnementales et climatiques, pour tous les acteurs y compris à l'hôpital. Je souhaite que ce document vous fournisse les outils pour y contribuer.

Je remercie nos partenaires, le centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) Roger Prévot et la ville de Nanterre, d'avoir été terrain expérimentateur de cette démarche afin qu'elle puisse essaimer et profiter aux autres territoires.

Denis Robin

Directeur général de l'Agence régionale
de santé Île-de-France



Introduction

Repenser l'investissement au bénéfice de la santé durable des territoires

Aux côtés du système de soins et du patrimoine génétique, **le cadre de vie et**

l'environnement participent pour plus de la moitié à l'état de santé d'un individu.

L'architecture et l'aménagement ont la capacité d'influencer un grand nombre de ces déterminants¹ et constituent ainsi des leviers majeurs pour améliorer la santé via chacune de ses dimensions : physique, sociale et mentale.

En particulier, les altérations de notre environnement et le changement climatique amplifient les inégalités et les vulnérabilités en matière de santé, et induisent de nouveaux risques pour notre système de soins.

Cette perspective doit nous inciter à penser autrement les projets d'investissement immobilier sanitaires et urbains à proximité. Et ainsi, qu'ils améliorent durablement la santé des populations et des territoires, en renforçant la prise en compte des **enjeux de santé publique et développement durable** dans le cadre d'une **approche transversale des politiques publiques** : santé, environnement, transports, etc.

Concevoir un projet d'investissement hospitalier en cohérence avec le projet de son territoire d'implantation dans une perspective de santé durable

Dans le cadre de ses travaux relatifs à l'urbanisme favorable à la santé et à l'optimisation de l'impact de l'investissement public en termes de gains de bien-être et de valeur sociale créée, l'ARS Île-de-France a expérimenté une nouvelle démarche pour un hôpital et un territoire promoteurs de santé. Cette expérimentation a permis d'identifier les **leviers mobilisables au-delà du système de soins, pour agir plus largement sur les déterminants de santé** (sociaux, environnementaux et économiques) à l'occasion d'un projet immobilier hospitalier et/ou d'un projet urbain alentour.

L'ARS, l'hôpital ou structure de santé, et son territoire d'implantation deviennent ainsi **partenaires dans un objectif de santé durable de leur territoire au bénéfice de tous** les groupes de populations. L'ARS impulsant et soutenant méthodologiquement la démarche ; l'hôpital ou structure de santé agissant en tant qu'acteur de santé globale et du développement durable en coopération avec les autres acteurs du territoire ; et la collectivité (commune ou Etablissement Public de Coopération Intercommunale-EPCI) animant la politique de santé publique et de planification écologique de son territoire. D'autres acteurs territoriaux interagissant selon leurs compétences ; en particulier les départements dans le cadre de leur politique d'action sociale et médico-sociale et la région avec les équipements structurants et l'accompagnement des professionnels de santé en zones déficitaires en offre de soins.

¹ 70% des déterminants de santé sont influencés par l'aménagement et le cadre de vie.

La démarche Hôpital et Territoire Promoteurs de Santé (HTPS), ses origines et objectifs

Déclinaison de l'approche de la santé dans toutes les politiques, cette démarche tripartite vise à appliquer les principes de l'urbanisme favorable à la santé (UFS) à un projet d'investissement hospitalier. Elle se veut systémique et intersectorielle, en interrogeant les différents aspects d'un investissement avec une **vision élargie de la santé et du bien-être**, pour améliorer tant la santé des usagers et habitants, que l'attractivité de l'hôpital ou structure de santé et du territoire.

Trois types de publics sont plus particulièrement visés : **les patients usagers, les personnels hospitaliers/professionnels de santé et les habitants**. Et ce sur trois échelles d'aménagement concentriques : le bâtiment (agencement et qualité de vie/conditions de travail), les abords du bâtiment (équilibre entre la promotion des mobilités, le besoin de calme, l'ouverture sur la ville) et le périmètre d'influence de l'hôpital (accès aux transports, logements et services).

Trois familles de déterminants² sont ainsi traitées pour tenir compte des dimensions socio-économiques et environnementales de l'état de santé, en y intégrant l'interdépendance entre santé humaine et santé des écosystèmes et climat : les modes de vie et structures socio-économiques, le cadre de vie – bâtiment et aménagement – et enfin les milieux et ressources. Par ailleurs, une attention particulière est portée aux **besoins des publics vulnérables** afin de leur offrir une réponse équitable et adaptée par l'aménagement, l'accessibilité, l'architecture et la programmation.

En s'appuyant sur les principaux enseignements de l'expérimentation HTPS menée à Nanterre, ce vadémécum donne les clés de mise en œuvre aux établissements et aux collectivités qui souhaiteraient s'emparer de cette démarche pour optimiser à la source l'impact de leur investissement sur la santé des populations et de leur territoire.

Ainsi, **12 bonnes pratiques généralisables**, illustrées par des références inspirantes, ont été définies et sont à adapter au profil du territoire, ainsi qu'une **méthode en cinq étapes clés** inscrite en cohérence avec le processus d'élaboration d'un projet immobilier et urbain.

Ce vadémécum s'adresse en priorité aux maîtres d'ouvrage publics et privés hospitaliers et urbains (hôpital et commune d'implantation) et de manière plus large à l'ensemble des acteurs associés à l'élaboration et/ou l'instruction d'un investissement immobilier sanitaire et/ou urbain (ARS, maîtres d'œuvre et aménageurs, programmistes, conseils, etc.), en dépassant les « simples » critères d'efficacité médicale, immobilière et financière. Il s'agit également d'un enjeu fort pour les collectivités territoriales, de l'échelle de la commune à la région, du fait de l'importance d'une structure de santé sur un territoire pour sa résilience et la qualité de vie de ses habitants.

Il a vocation à être utilisé **dès la décision d'investir lors de la phase d'ingénierie** en amont du projet, en particulier par les porteurs de projets d'investissement Ségur franciliens, pour les aider à appliquer les objectifs de santé publique et de développement durable qui y sont

² Issues de la classification des déterminants de santé (voir annexe « Déterminants de santé ») adaptée à la démarche HTPS.



rattachés. Les projets d'investissement hospitalier et urbain se trouvant ainsi valorisés à plusieurs titres avec un impact renforcé en matière de : prévention et promotion de la santé, santé environnementale, santé urbaine, développement durable, qualité de vie au travail, intégration du projet hospitalier dans son territoire de santé, cohérence territoriale et intersectorielle, participation des personnels, habitants, usagers, prise en compte des publics vulnérables. In fine, il s'agit de valeur sociale créée et de gains de santé et bien-être générés pour le territoire.

En s'inscrivant en amont de la conception des projets, à l'échelle du territoire et en intersectorialité, une grande partie de ces bonnes pratiques sont réalisables à moyens constants. D'éventuels coûts additionnels de projets (ingénierie, temps de conception, etc.) ou de surcoûts d'investissement initiaux sont à mettre en perspective des économies générées en coût global, des coûts évités et des nombreux bénéfices et co-bénéfices encore trop peu valorisés.

Focus sur l'expérimentation de la démarche HTPS menée à Nanterre :

L'expérimentation d'un « hôpital et territoire promoteurs de santé » initiée mi 2018 a été réalisée sur le quartier politique de la politique de la ville du « Petit Nanterre » à l'occasion d'un projet hospitalier et d'un projet urbain adossés : la restructuration de l'offre sanitaire et sociale du Centre d'accueil et de soins hospitaliers (CASH) de Nanterre et de l'hôpital Roger Prévot, avec notamment l'accueil d'une offre en psychiatrie, et le projet urbain mixte (logements, activités) dans le cadre de l'appel à projets « Inventons la Métropole du Grand Paris – IMGP ».

La valorisation d'une partie du site, notamment en logements, a pour objectif de permettre une réhabilitation du patrimoine existant et d'adapter l'offre de soins sur le site.

La coexistence d'un projet urbain (au stade de finalisation du schéma urbain) et d'un projet hospitalier (au stade du schéma directeur immobilier) a fait du CASH Roger Prévot un site correspondant aux enjeux de la démarche HTPS.

L'ARS a donc proposé cette démarche aux différents acteurs du projet – la ville de Nanterre avec la société d'aménagement SEMNA, et le CASH de Nanterre/CH Roger Prévot, avec l'ambition de faire de l'hôpital élargi à son territoire d'implantation, un lieu privilégié pour contribuer à la promotion de la santé des populations.

La démarche s'est matérialisée au travers d'un premier axe, objet du présent document, consistant à **penser de manière intégrée un projet immobilier hospitalier et un projet d'aménagement urbain** en promouvant **une architecture et un urbanisme favorables à la santé** des usagers, des personnels et des habitants. Celui-ci s'est décliné en trois phases d'expérimentation.

Dans un premier temps, il s'est agi d'instaurer **une gouvernance tripartite**³ avec une équipe projet associée : ARS Île-de-France (DOS, DSP et DD92), ville de Nanterre (services prévention santé, transition écologique / développement durable et atelier santé ville) et CASH de

³ Gouvernance élargie ultérieurement à la CPTS de Nanterre dans le cadre de l'axe 2 HTPS faisant l'objet d'une action du futur CLS.

Nanterre/CH Roger Prévot (direction générale). Puis de mobiliser les parties prenantes, sous l'impulsion de l'ARS Île-de-France : notes de plaidoyer ARS, réunions de présentation, courrier de lancement, ateliers d'acculturation des parties prenantes à l'UFS et à la prévention et promotion de la santé (PPS).

L'ARS a alors mené, en lien avec la ville de Nanterre et l'hôpital, un travail de **diagnostic croisé social, santé, environnemental et urbain**⁴ en consultant les nombreux acteurs sur leurs besoins et difficultés rencontrées au travers d'ateliers participatifs avec les personnels et usagers de l'hôpital, et d'entretiens ciblés auprès des parties prenantes d'associations du quartier. Celui-ci a permis de connaître les besoins différenciés des publics accueillis sur le site (usagers de l'hôpital, personnes âgées accompagnées dans l'EHPAD et l'unité de soins de longue durée, populations démunies, sans domiciles-fixes accueillis à la nuit ou sur plusieurs mois, et usagers de la psychiatrie), des personnels de l'hôpital et des habitants du quartier du Petit Nanterre, de partager les caractéristiques du site et le profil du territoire, et d'en dégager les premières bonnes pratiques. Parmi celles-ci, l'accessibilité, les mobilités, la qualité sanitaire des espaces, la place du lien social ainsi que la gestion durable des ressources, ont été particulièrement étudiées dans le but d'optimiser les bénéfices en termes de santé et de bien-être des différents groupes de population, en accordant une attention aux questions d'équité et à l'inclusion des publics vulnérables.

En parallèle, l'ARS a mandaté un groupement de prestataires coordonné par un bureau d'études spécialisé en urbanisme durable et promotion de la santé (maîtrisant les concepts d'inégalités sociales de santé avec une expertise en sociologie et concertation) pour réaliser :

- Un **benchmark de solutions urbaines et architecturales** sur quatre axes : développement économique et inclusion des populations locales ; pratiques sociales et lieux de rencontre ; promotion et prévention de la santé par les espaces extérieurs et la nature en ville ; amélioration du cadre urbain et réduction des nuisances environnementales ;
- Des **fiches actions contextualisées** répondant aux enjeux du diagnostic et aux spécificités des différents publics. Cinq fiches ressources⁵ ont été réalisées dans le cadre d'ateliers participatifs et présentées aux différentes parties prenantes : hôpital, commune, aménageur, groupements promoteurs candidats puis groupement lauréat de l'appel à projets IMGP.

Les préconisations retenues et priorisées par l'hôpital CASH Roger Prévot et la ville de Nanterre ont été retranscrites dans une feuille de route commune à suivre dans le cadre de groupes de travail conjoints, et intégrées aux cahiers des charges des programmations immobilières hospitalière et urbaine.

S'agissant du projet hospitalier « modernisation de l'hôpital de Nanterre et relocalisation de l'hôpital Roger Prévot », celles-ci ont donné lieu à une liste des points de vigilance HTPS pour l'élaboration du schéma directeur immobilier et une annexe pour le programme. En parallèle,

⁴ Incluant notamment : les principales causes de mortalité, l'indicateur de mortalité évitable liée à la prévention, les vulnérabilités environnementales du territoire et un recensement des programmes d'actions de prévention et promotion de la santé portés par l'hôpital, la commune et les réseaux de ville.

⁵ Accès et traitement de l'entrée de l'hôpital ; Accompagnement de la transformation ; Lieux favorisant la vie collective ; Trame de jardins hospitaliers ; Mobilités et circulations intra-sites.



un chapitre HTPS a été introduit au rapport d'évaluation socio-économique pour éclairer l'instruction du projet par l'ARS.

Le projet urbain « Nanterre Partagée » a été quant à lui nourri dès la phase amont de la programmation d'une annexe HTPS aux conditions particulières de site dans le cadre de l'appel à projets IMGP.

Ces différents temps de diagnostic, de concertation, et de test des préconisations permettent aujourd'hui un premier regard rétrospectif sur la démarche HTPS, et de formuler des bonnes pratiques généralisables et références associées présentées ci-après.

penser les parcours, tant physiques qu'institutionnels pour permettre aux publics de devenir acteurs de leur santé (accès aux services de santé, comportements favorables à la santé).

→ **Cadre de vie, bâtiment et aménagement** : comment le bâtiment (qualité sanitaire du bâti), l'urbanisme et l'aménagement contribuent au bien-être (cadre de vie, sécurité et tranquillité) et à un accès (mobilités actives et accessibilité) aux soins ?

→ **Milieus et ressources** : comment un projet immobilier hospitalier s'adapte et agit dans un contexte climatique inédit ? La préservation des milieux existants (milieux naturels et biodiversité) est un enjeu fort, tout comme la prise en compte des externalités externes et celles dues au projet (pollutions et nuisances), et la capacité d'adaptation (résilience au changement climatique).

La démarche HTPS propose d'intégrer de manière systématique à la réflexion lors de l'élaboration de projets immobiliers hospitaliers une classification spécifique des déterminants de santé, s'appuyant notamment sur la classification de Dahlgreen et Whitehead détaillant les trois échelles de déterminants (individuel, sociétal, structurel).

Modes de vie, structures sociales et économiques	Cadre de vie, bâtiment et aménagement	Milieus et ressources
- Inclusion sociale et équité - Comportements favorables à la santé - Accès aux services de santé - Développement économique et emploi - Participation des usagers et habitants	- Mobilités actives et accessibilité - Qualité sanitaire du bâti - Cadre urbain, sécurité et tranquillité	- Ressources naturelles et biodiversité - Pollutions et nuisances - Résilience au changement climatique



Annexe 2.

Les intérêts à agir de la démarche HTPS pour l'ARS, la collectivité et l'hôpital

La démarche HTPS implique la coordination d'une multitude d'acteurs à différentes échelles, et en premier lieu de l'ARS, la collectivité (commune ou EPCI) et l'hôpital ou structure de santé. Chacun de ces partenaires ayant des intérêts à agir propres pouvant être résumés comme suit :

Pour l'ARS :

- Avoir une action transverse opérationnelle mixant les compétences des équipes de l'offre de soins et de la santé publique.
- Mener une évaluation socio-économique des grands projets d'investissement hospitalier enrichie des enjeux de santé urbaine et de santé publique avec une meilleure prise en compte des déterminants socio-environnementaux.
- Renforcer la cohérence des futurs hôpitaux/structures de santé avec les dynamiques urbaines, leur ancrage avec leurs quartiers et leur contribution aux objectifs de développement durable et de planification écologique.
- Favoriser la mise en place de politiques locales d'aménagement et de renouvellement urbain inscrites à proximité de l'hôpital ou structure de santé enrichies des principes d'un urbanisme favorable à la santé.
- Optimiser l'impact des investissements publics en termes de gains de santé et bien-être.

Pour la collectivité (commune ou EPCI) :

- Mettre en cohérence l'aménagement du territoire avec le diagnostic socio-sanitaire.
- Améliorer son partenariat avec l'hôpital ou la structure de santé.
- Participer à l'« empowerment » des habitants du territoire.
- Mieux intégrer la santé dans la politique de la Ville.
- Bénéficier d'une collaboration étroite avec l'ARS.
- Renforcer la cohérence des différentes démarches santé ayant lieu sur le territoire pour plus de santé dans les politiques.
- Renforcer l'attractivité et le dynamisme du territoire.
- Améliorer la résilience climatique et la trajectoire de développement durable du territoire.

Pour l'hôpital ou structure de santé :

- Mettre en cohérence le projet immobilier avec le diagnostic socio-sanitaire du territoire.
- Améliorer son partenariat avec sa commune d'implantation et les acteurs de son territoire.
- Améliorer la qualité de l'offre de prise en charge, des organisations et des pratiques professionnelles : action renforcée de prévention promotion de la santé.
- Participer à l'« empowerment » des personnels et améliorer la qualité de vie au travail (conditions de travail et vivre ensemble).

- Renforcer son attractivité vis-à-vis des patients et des personnels.
- Bénéficier d'un accompagnement à la transformation.
- Adopter une stratégie d'impact collectif sur la santé des populations de son territoire.
- Améliorer sa résilience climatique et sa trajectoire de transformation écologique.





Pr François Alla, PU-PH
Chef de service SSMIP
Pôle Santé publique au
CHU de Bordeaux

Prévention, quel est le rôle de l'hôpital ?

La prévention est un enjeu capital pour améliorer la santé des populations. La France présente une situation sanitaire contrastée avec d'un côté un système de soins très performant et l'augmentation continue de l'espérance de vie ; de l'autre la persistance de nombreux indicateurs négatifs, tels que la mortalité prématurée, accessibles à la prévention.

La politique nationale reconnaît aujourd'hui la prévention comme une priorité et souligne le rôle majeur des hôpitaux dans ce cadre. Cette prévention concerne les patients, mais aussi le personnel et les populations du territoire, on parle ainsi de « responsabilité populationnelle » des établissements. Il s'agit dans ce cadre de mettre en œuvre des démarches structurées, en lien avec les acteurs du territoire. Il est important de souligner que la prévention n'est pas une activité « autre », « en plus des soins » : la prévention est d'abord la manière d'organiser et réaliser les soins. La qualité des soins c'est de la prévention ; la prise en compte des besoins des patients et de leurs aspirations, c'est de la prévention ; l'attention portée à la santé du personnel, c'est de la prévention.

En région Nouvelle-Aquitaine, l'Agence Régionale de Santé mobilise d'importantes ressources pour accompagner les développements de la prévention dans et hors les murs de l'hôpital ; comment notre CHU se situe dans cette stratégie ?

En Nouvelle Aquitaine, il est proposé dans le projet régional de santé 2018-2028 de renforcer la prévention avec des objectifs très concrets tels que, diminuer le nombre d'enfants en surcharge pondérale, augmenter la pratique d'activité physique hebdomadaire, réduire le nombre de fumeurs, améliorer les taux de couverture vaccinale, renforcer le niveau de participation aux dépistages organisés des cancers, limiter l'exposition des femmes enceintes aux risques chimiques et environnementaux.

Le CHU de Bordeaux accueille chaque année plus d'un million de personnes et leurs proches ; ceci en fait un lieu privilégié pour aborder avec les personnes les thématiques et enjeux majeurs de santé au-delà des motifs qui justifient leur venue. Il est également important à l'échelle de l'établissement de veiller à la santé des nombreux professionnels et étudiants présents chaque jour.

Le CHU de Bordeaux s'est fortement engagé dans la prévention depuis plusieurs années. Il est reconnu comme un établissement en avance au niveau national sur ce thème. Il fait partie des premiers établissements français adhérant au nouveau réseau des hôpitaux promoteurs de santé.

Il a notamment bénéficié du soutien de l'ARS, dès 2013, pour le déploiement d'interventions en prévention par des professionnels du CHU à l'extérieur de l'établissement (actions « hors les murs ») et l'an dernier pour la création de notre service.

Le CHU de Bordeaux s'est doté depuis quelques mois d'un service de soutien méthodologique et d'innovation en prévention (SSMIP) que vous dirigez au sein du pôle santé publique. Pourquoi ce service ?

Il ne peut pas y avoir de « virage préventif » sans accompagnement de l'ensemble des acteurs dans le domaine. Les potentiels sont forts, avec de nombreuses initiatives existantes et des acteurs mobilisés sur de nombreux sujets ; ces initiatives nécessitent d'être accompagnées, « mises en musique », soutenues pour aider à leur structuration et leur pérennisation et ceci non seulement au sein du CHU mais aussi à l'échelle du GHT et du territoire girondin. Le service de soutien méthodologique et d'innovation en prévention (SSMIP) est la structure d'appui méthodologique en prévention pour les acteurs du système de soins du territoire, et notamment du CHU de Bordeaux, en charge d'impulser, de faciliter la mise en œuvre des missions préventives des différents acteurs. Il joue également le rôle d'interface entre le CHU et les acteurs externes, favorisant les partenariats autour de la prévention. Le SSMIP assure enfin, le suivi des différentes actions de prévention. Le SSMIP n'est pas un intervenant direct en prévention, il n'a donc pas vocation à se substituer aux professionnels compétents sur les différents champs de la prévention ; il intervient sur leur sollicitation.

Comment s'organisent les activités de ce service ?

Créé en novembre 2018, le Service de Soutien Méthodologique et d'Innovation en Prévention (SSMIP) du pôle de santé publique du CHU de Bordeaux est un facilitateur ; il doit aider à développer la prévention dans et hors les murs du CHU. Le service est situé à l'hôpital Saint-André avec une équipe qui reste mobile et transversale afin de répondre de façon réactive aux sollicitations des soignants.



L'équipe du SSMIP est pluri-professionnelle (médecin, pharmacien, infirmiers, diététicienne, cadre et adjoint des cadres) ; elle est composée d'une dizaine de professionnels disposant tous d'une expérience théorique et pratique en santé publique, prévention, promotion de la santé ; les compétences capitalisées au sein de ce collectif, permettent d'envisager différentes thématiques majeures pour le maintien en santé mais aussi différents contextes organisationnels (réseaux territoriaux, programmes ville-hôpital, etc).

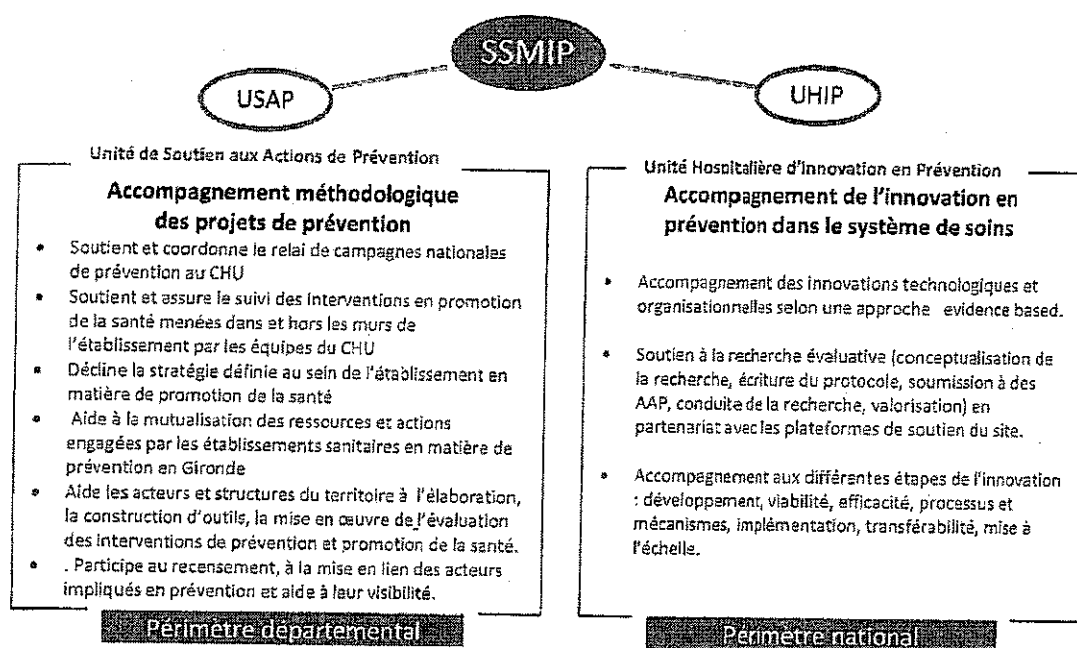
L'équipe est mobilisable par l'ensemble des porteurs de projets qui souhaiteraient un accompagnement méthodologique sur diverses thématiques majeures de prévention et promotion pour la santé (nutrition, addictions, vaccination, santé environnementale, etc.).

Quelles sont ses missions ?

Le SSMIP vise à promouvoir la santé de tous y compris les sujets les plus vulnérables, en favorisant un développement cohérent et efficient de la prévention/promotion de la santé dans les hôpitaux et sur le territoire ; il doit pour cela s'appuyer sur l'existant, associer l'ensemble des acteurs et compétences, repérer les ruptures et besoins correspondants aux enjeux prioritaires. Pour cela, nous nous appuyons sur des recherches et pratiques ayant démontré en France ou à l'étranger leur efficacité ; notre service étudie les perspectives de transférabilité et de généralisation en contexte des initiatives perçues comme prometteuses ; il sollicite et travaille en partenariat avec les structures déjà impliquées en prévention sur les thématiques, populations ou secteurs géographiques concernés.

Le développement de la prévention passe aussi par l'innovation, qu'elle soit technologique ou organisationnelle. Le service a ainsi également une mission d'accompagnement de l'innovation, de son développement à sa mise à l'échelle. Ceci passe notamment par la réponse aux appels à projets nationaux de recherche que notre service accompagne en lien avec les structures dédiées de soutien à la recherche.

Deux unités constituent ce service : une Unité de Soutien aux Actions de prévention (USAP) et une unité Hospitalière d'Innovation en Prévention (UHIP).



Quelles ont été les réalisations majeures depuis un an ?

Renforcer la prévention passe d'abord par la construction d'une stratégie clairement définie et d'un d'ensemble de modalités précises pour l'opérationnaliser. Le service accompagne ainsi le CHU (en particulier dans le cadre de la sous-commission PEP'S de la CME) et le GHT (dans le cadre de la filière prévention) pour définir et outiller cette stratégie préventive (par la mobilisation de leviers tels que le diagnostic de l'existant, aide à la décision, mobilisation de données probantes, travail sur les indicateurs, etc.).

Ce renforcement passe aussi par des projets. Nous avons ainsi soutenus, accompagnés et/ou portés différents projets d'actions ou de recherche en 2019. A noter que nous sommes dans ce cadre porteurs d'un programme régional ambitieux visant à réduire le tabagisme de la femme enceinte dont la phase pilote commence début 2020.

Renforcer la prévention passe enfin par des actions de communication et de plaidoyer. Dans ce cadre, nous avons notamment organisé à Bordeaux, le 1er colloque national « Lieu de santé promoteur de santé » qui a contribué à faire du CHU de Bordeaux une référence en matière de prévention dans le système de soins.

Quels sont les enjeux majeurs ?

Le GHT s'est doté d'une stratégie ambitieuse de prévention selon quatre axes :

- Intégrer la prévention dans les parcours de soins : sensibiliser les personnels, structurer et mobiliser...
- Renforcer l'ancrage territorial des établissements en matière de prévention (actions hors les murs, partenariats territoriaux notamment dans les Contrats Locaux de Santé, structuration de filières graduées en prévention)
- Renforcer la promotion de la santé au sein des Etablissements de Santé
- Soutenir le développement de l'offre de prévention auprès des professionnels et structures

Il s'agit pour nous de contribuer à mettre en œuvre ces orientations. L'ambition est claire : la volonté partagée des établissements conjuguée avec les moyens apportés par le service permettent d'espérer des résultats très concrets à court terme sur des indicateurs de comportements et de santé aujourd'hui défavorables.

Plus spécifiquement sur le CHU, il s'agit de décliner ces différents axes sur les sujets considérés comme prioritaires par l'établissement. Le premier « chantier » auquel nous contribuons est celui de la vaccination des patients comme du personnel.

Pour le CHU, il s'agira aussi de contribuer à construire une offre coordonnée de prévention à l'Hôpital Saint André grâce à la contribution et la mobilisation concertée de différents services et équipes présentes sur le site. Il s'agira à terme de proposer une offre complète de soins préventifs, intégrée aux soins primaires, répondant aux priorités de santé et aux besoins de santé de la population. L'hôpital Saint André jouerait ici le rôle de tête de pont de l'activité préventive du territoire. Il contribuerait à développer et animer un réseau d'acteurs de pratiques cliniques préventives sur l'ensemble du territoire girondin.

Pour nous contacter :

✉ prevention.sante@chu-bordeaux.fr

✉ SSMIP – USAP – UHIP
Hôpital saint André, 1^{er} étage
86, cours d'Albret
33000 Bordeaux



Article

Hôpital et territoire promoteurs de santé : un projet partenarial pour la santé à Nanterre

12 décembre 2024

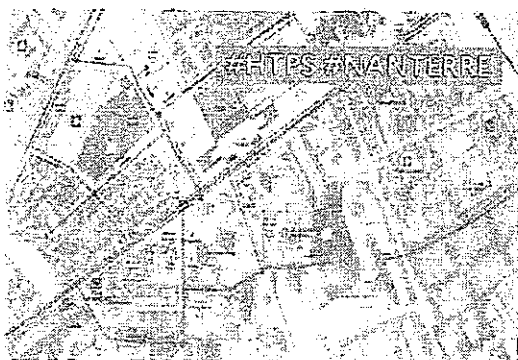
Autoriser
 Autoriser
 Autoriser

92

Collectivités locales

Professionnels du médico-social

Professionnels du sanitaire



La démarche "Hôpital et territoire promoteurs de santé" (HTPS) est née en 2018 sous l'impulsion de l'Agence régionale de santé Île-de-France. Elle a été expérimentée à Nanterre, dans les Hauts-de-Seine, dans le cadre d'un projet de transformation urbaine et hospitalière, ainsi que du renouvellement d'un Contrat Local de Santé (CLS).

Cette initiative a permis d'identifier les leviers mobilisables pour agir sur les déterminants de santé sociaux, environnementaux et économiques.

Dans le cadre d'une dynamique participative et partenariale impulsée par l'Agence régionale de santé Île-de-France, la ville de Nanterre - en particulier son service santé - l'hôpital de Nanterre (CASH-EPS Roger Prévot) et la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) de Nanterre ont repensé la stratégie de santé et les environnements de vie pour qu'ils impactent favorablement la santé de trois populations cibles : les patients usagers, les personnels hospitaliers/professionnels de santé et les habitants de la ville de Nanterre.

Portée par des enjeux de santé publique et environnementale, cette démarche est une opportunité pour la collectivité et les acteurs de santé d'œuvrer ensemble sur des déterminants de santé prioritaires afin de faire du territoire un lieu de santé durable pour les populations, et de convergence des actions de prévention et promotion de la santé (PPS).

Retour sur ce projet avec les témoignages de Katia Constantin, Cheffe de projets travaux et Schéma Directeur Architectural du CASH de Nanterre, Sephan Meuy, Secrétaire général du CASH, et Hélène Colombani, Directrice des politiques de santé de la ville de Nanterre et Co-Présidente de la CPTS de Nanterre. Ensemble, elles reviennent sur la collaboration entre la collectivité, l'hôpital et la CPTS pour renforcer la prévention et la promotion de la santé, améliorer la santé des populations et du territoire, et relever les défis de santé urbaine et environnementale, en associant les usagers et habitants.

Une coopération étroite entre la ville et l'hôpital de Nanterre pour des projets sectoriels en complémentarité

Depuis de nombreuses années, l'hôpital et la ville de Nanterre œuvrent pour une modernisation de l'offre de santé. En juin 2018, un protocole est signé avec le soutien de l'Agence régionale de santé Île-de-France, prévoyant notamment l'accueil, sur le site du CASH à Nanterre, de l'Hôpital Roger Prévot et des secteurs de psychiatrie qui lui sont rattachés, permettant le rapprochement des lieux d'hospitalisation des patients, accueillis dans le Val d'Oise, au plus près de leur lieu de vie dans le nord des Hauts-de-Seine.

Adossé au projet urbain, la transformation immobilière du nouvel hôpital a été pensée dans le but d'améliorer les conditions de prise en charge des usagers et patients, la qualité de vie au travail des professionnels hospitaliers et le cadre de vie des habitants du quartier. Le programme a été nourri des préconisations issues de la démarche Hôpital et territoire promoteurs de santé (HTPS), notamment grâce à la mise en place de groupes de travail pluridisciplinaires d'usagers. Ces derniers, composés de professionnels de plusieurs spécialités (soins, logistiques, ressources humaines, ...), de bénévoles, de représentants des usagers associatifs et d'usagers ont été riches d'échanges et d'idées repris dans la base de conception du nouveau site (accessibilité, espaces mixtes professionnels/usagers/habitants, ouverture et sécurité...).

La restructuration de l'hôpital bénéficie d'une collaboration étroite avec la ville de Nanterre et ses habitants. *"Il y a des échanges réguliers avec la ville de Nanterre"*, indique Katia Constantin, Cheffe de projets travaux. Le maire de Nanterre, aussi bien en tant qu'édile qu'au titre de président du conseil d'administration de l'hôpital de Nanterre s'implique pleinement et soutient activement l'hôpital :

"Il y a une volonté de la ville de Nanterre de faire évoluer et de transformer, par ses choix urbains, le quartier du Petit Nanterre dans lequel est implanté l'hôpital", complète Katia Constantin.

D'autant plus en raison des éléments de diagnostic de ce Quartier prioritaire de la Politique de la Ville (QPV) qui affiche aujourd'hui un taux de pauvreté de 37% et d'importants besoins en santé.

Grâce à une démarche participative et une collaboration étroite avec la ville de Nanterre, ce projet hospitalier et le projet urbain mixte dans le cadre de l'appel à projet « Inventons la Métropole du Grand Paris – IMGP » promettent de transformer positivement le paysage de la santé à l'échelle du territoire. À travers cette synergie, la transformation du quartier de l'hôpital et les programmes de santé publique portés par la ville de Nanterre s'articulent autour d'un même objectif : améliorer la qualité de vie des populations tout en répondant aux défis contemporains liés à la santé et à l'environnement et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Un réseau local de personnes ressources pour un meilleur impact collectif sur les problématiques de santé

« Pour permettre au projet d'être porté par tous, nous voulions nous appuyer sur des « personnes ressources », propre au territoire : professionnels de santé tels que des médecins et des infirmiers de l'hôpital et aussi des représentants du social, de l'éducation, de santé-environnement » confirme Hélène Colombani, Directrice des politiques de santé de la ville de Nanterre.

En complémentarité du projet immobilier hospitalier et urbain, une démarche a été lancée dans le but d'impulser et structurer une communauté d'action au service de la prévention et de la promotion de la santé par la ville de Nanterre, la CPTS et le CASH EPS Roger Prévot, en collaboration avec l'Agence régionale de santé Île-de-France, en particulier la Délégation départementale des Hauts-de-Seine (92), et des acteurs d'horizons divers, comme des professionnels de santé, de l'éducation et les usagers. Lors d'un cycle de co-construction par ateliers, l'expertise de l'association reconnue d'utilité publique La Fonda a permis d'outiller les acteurs dans la transformation de sa politique de santé territoriale, dans la perspective du renouvellement de son Contrat local de Santé (CLS). "L'objectif est de créer des milieux de vie favorables à la santé", insiste Hélène Colombani, Directrice des politiques de santé de la ville de Nanterre. Cela passe par une coordination entre différents secteurs, en mettant en synergie les politiques publiques locales s'appuyant sur les déterminants de santé, en particulier

autour de la santé respiratoire : actions de prévention, santé-environnementale dans les écoles ou les logements, accessibilité des dépistages avec l'hôpital et la CPTS, suivi des maladies chroniques...

Le projet HTPS développé à Nanterre illustre une démarche d'intégration des enjeux croisés de santé globale et développement territorial durable à l'occasion d'une transformation urbaine et hospitalière traduite dans l'aménagement, le cadre de vie et la politique territoriale de santé. Portée par une synergie entre les acteurs locaux – la commune, l'hôpital, la CPTS et l'ARS – et renforcée par une collaboration participative et interdisciplinaire, cette initiative répond de manière pragmatique aux besoins spécifiques du territoire, notamment dans un quartier prioritaire confronté à des inégalités marquées.

Consultez le document "Démarche pour un hôpital et un territoire promoteurs de santé"

Aller plus loin

Sur le même sujet

Etablissements de santé

Promotion de la santé

Santé environnementale

Séjour Santé

Transition écologique



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité

29



Le financement de la prévention primaire dans les établissements de santé

OCTOBRE 2024
2023-084R

Anne-Carole
Bensadon

Benjamin
Maurice

Frédéric
Turblin

Membres de l'Inspection générale
des affaires sociales



Suivez-nous sur LinkedIn

ÉVALUATION

SYNTHÈSE

- [1] Introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, la réforme du financement des établissements de santé est à l'origine de changements majeurs. Prévue en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et pour l'hospitalisation à domicile (HAD), elle crée notamment un compartiment de dotations relatives aux objectifs de santé publique. Cette création est un signal fort donné aux établissements de santé. Ce compartiment comprend en particulier le financement de la qualité des soins dans les établissements de santé. Le financement d'actions de prévention primaire en établissement de santé constitue un des autres objectifs de santé publique qu'il est apparu pertinent d'impulser.
- [2] Il est établi en effet par de nombreux rapports que la prévention primaire a un impact majeur sur la réduction de la mortalité et de la morbidité évitables compte tenu de l'incidence des facteurs comportementaux sur la santé de certains publics comme les femmes enceintes ou dans le développement de certaines pathologies (ex. maladies cardiovasculaires, diabète, cancers). La prévention primaire qui s'attache à modifier ces comportements peut en conséquence contribuer à la diminution du nombre d'affections de longue durée (ALD). L'organisation mondiale de la santé a confirmé son impact sur la maîtrise des dépenses de santé et souligné que ses résultats potentiels peuvent se situer également dans le court terme.
- [3] Dans un contexte où d'autres acteurs comme les médecins libéraux, les associations, les centres de prévention ou les collectivités territoriales tendent à prendre toute leur part dans les actions de prévention, les établissements de santé peinent à exercer un rôle compte tenu de leur orientation quasi exclusivement curative, ce que traduit leur très faible niveau de dépenses (0,4 %) consacrées à la prévention en général.
- [4] Pratiquée en routine dans les hôpitaux du Royaume-Uni, l'approche *Making every contact count* (MECC) constitue une référence et devrait contribuer à mieux ancrer la prévention primaire dans les pratiques des établissements de santé. Elle vise à tirer profit de toutes les occasions de contact et de rencontre entre le professionnel de santé et le patient pour engager des conversations sur ses habitudes de vie et ses comportements liés à la santé. Il s'agit par le dialogue informel de le questionner, de le faire réfléchir et de l'inciter à opérer des changements de mode de vie en lui donnant une meilleure compréhension des comportements à risque et de leur impact potentiel sur sa santé et son bien-être.
- [5] Le professionnel de santé peut lui délivrer des messages de prévention primaire dans le cadre d'échanges très brefs, brefs, prolongés ou contribuer à son orientation vers les types de prise en charge dont il a besoin, lesquels peuvent se situer hors du champ de la santé. À ce dernier titre, il peut par exemple l'informer sur l'organisation d'activités physiques ou d'ateliers nutrition par les collectivités locales. Il peut également l'informer et l'orienter sur l'accès à des consultations spécialisées.
- [6] Ce dispositif a fait la démonstration de son caractère probant en particulier sur les quatre déterminants de santé que la mission a retenus compte tenu des enseignements tirés des différentes études scientifiques qui présentent des données objectives, de ses échanges au

Royaume Uni sur MECC y compris avec des hospitaliers, et des nombreux entretiens qui lui ont permis de travailler sur les conditions de réussite pour la mise en œuvre MECC en France avec un retour positif attendu pour la santé de la population et sur la maîtrise des dépenses de santé. .

[7] La mission propose donc de mettre en place des actions similaires à celles déployées en Grande-Bretagne en les centrant sur le tabac, l'alcool, l'alimentation et l'activité physique.

[8] Reposant sur un aller-vers à l'envers, ces actions visent tous les publics mais avec une réponse à adapter aux besoins, ce qui doit conduire les soignants à porter une attention particulière aux personnes fragiles qui ont un faible accès à la prévention, dans une logique d'universalisme proportionné. Le personnel soignant doit également pouvoir bénéficier de ces actions.

[9] Pour que la prévention primaire puisse durablement s'implanter dans les établissements de santé, il faut qu'elle s'appuie sur un dispositif de financement incitatif et pérenne. La mission recommande que ce dispositif se déploie à partir de 2025 avec la sélection par les agences régionales de santé (ARS) de 100 établissements volontaires pour mener des actions pilotes. Une fois pris en compte les enseignements de la phase pilote en 2025, il est envisagé une montée en charge dès 2026 pour atteindre une majorité des 2 273 établissements de MCO et d'HAD en 2027.

[10] Le financement en mesures nouvelles qu'il est proposé de consacrer à ces actions (12 M€ en 2025, 163 M€ en cible 2027) porte sur la conception et la diffusion des outils de formation, la mobilisation des professionnels de santé pour conduire la démarche, la prise en charge de leur formation et de leur animation.

[11] Pour s'assurer de la pertinence des actions financées au regard des quatre déterminants de santé retenus, les ARS pourront sélectionner des établissements qui proposent les projets le plus en phase avec les caractéristiques de leur territoire et leur projet régional de santé. Les ARS seront chargées d'assurer le pilotage du déploiement du dispositif en s'appuyant sur des indicateurs de mise en œuvre et de santé publique, et en articulation avec une gouvernance nationale.

[12] La mission préconise une approche territoriale autour de partenariats à créer ou à renforcer entre les ES et les collectivités locales dont certaines interviennent déjà en matière de prévention.

[13] Une évaluation de la démarche est également prévue. La mission propose qu'elle soit réalisée, en lien avec les parties prenantes, par un comité scientifique. Ce comité sera également chargé des contenus de formation en s'inspirant des outils actuellement développés en Grande-Bretagne dans le cadre de la démarche MECC.

RAPPORT

INTRODUCTION

[14] Le ministre de la Santé et de la Prévention a saisi le 21 août 2023 l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) pour qu'elle lance une mission sur le financement des actions de prévention primaire réalisées par les établissements de santé. Cette saisine s'inscrit dans la suite des annonces faites par le Président de la République le 6 janvier 2023 sur la réforme du financement des établissements de santé exerçant une activité de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique (MCO) et d'hospitalisation à domicile (HAD), et des travaux subséquents menés entre mars et août 2023 par une mission d'appui composée de l'IGAS et de l'Inspection générale des finances (IGF) auprès de la direction générale de l'offre de soins (DGOS)¹, dont elle constitue une mission d'aval.

[15] Distinguant trois compartiments (objectifs de santé publique, missions spécifiques des établissements, activité), la réforme envisagée vise à revoir le modèle de financement actuel en réduisant – sans la supprimer – la part liée à l'activité et en assurant le financement d'interventions actuelles ou nouvelles des établissements de santé.

Tableau 1 : Présentation du nouveau modèle de financement

	Dotations sur objectifs de santé publique	Dotations sur missions spécifiques
Financement à l'activité	Dotations de santé publique issues des MIG, AC ou FIR	MERRI
	Financements à la qualité / pertinence issus principalement d'IFAQ et CAQUES	Recours et expertises AC
		Dotation populationnelle urgence
	Nouveaux objectifs de santé publique	Forfaits (MRC, greffe, PO, FAI) Soins non programmés Dotations socles (soins critiques)

Source : Annexe 9 du PLFSS pour 2024

[16] Créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024², le compartiment « dotations de financement relatives à des objectifs territoriaux et nationaux de santé publique » en constitue l'une des innovations. Il vise à permettre un pilotage et une évaluation des mesures concourant à des objectifs de santé publique, aux niveaux national et régional et contribue à la

¹ Mission conduite pour l'IGAS par Anne-Carole BENSADON, Laurent GRATIEUX et Yannick LE GUEN et, pour l'IGF, par Gaspard BIANCHIS, Pierre CHAMOUARD et Michaël OHIER

² Articles L1622-22-2 et L162-22-4 du code de la sécurité sociale

territorialisation des politiques de santé. Parmi les objectifs de santé publique mis en œuvre par les établissements de santé, la réalisation d'actions de prévention primaire constitue une priorité.

[17] Le présent rapport rappelle ce qu'apporte la prévention primaire tant sur le plan de l'amélioration de la santé d'une population que pour la maîtrise des dépenses de santé. Il explicite le rôle spécifique des établissements de santé et leur impact potentiel pour permettre l'appropriation des démarches de prévention primaire pour les professionnels de santé y travaillant et pour les personnes qui y viennent. Il propose des modalités opérationnelles de mise en œuvre dans les établissements de soins de courte durée, en prenant appui sur la démarche de prévention primaire « *Making every contact count* »³ (MECC) mise en place au Royaume Uni dont la lettre de mission recommande de s'inspirer. Il ouvre la perspective d'un développement en hospitalisation à domicile. Il propose un mode de financement incitatif. En tenant compte de MECC et d'autres initiatives prises par certains établissements de santé en France, il est demandé à la mission de proposer un cahier des charges permettant aux agences régionales de santé (ARS) d'organiser le déploiement de cette démarche dans des établissements volontaires avant de prévoir une généralisation⁴.

[18] Déployée au Royaume-Uni depuis une dizaine d'années, cette approche invite à saisir toutes les occasions de contacts et d'échanges avec les patients pour les inciter à adopter un mode de vie et un comportement favorable à leur santé. auprès d'eux, les interventions des personnels de santé peuvent être très brèves, brèves et / ou se traduire par une orientation vers des professionnels ou structures qui pourront les accompagner dans leurs démarches.

[19] Dans le cadre de ses travaux, la mission a donc sollicité les ARS par voie de questionnaire⁵ et dans le cadre d'échanges collectifs ou bilatéraux. Elle s'est également déplacée en Grande-Bretagne et en région (Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France, La Réunion, Nouvelle Aquitaine Pays-de-la Loire) pour visiter des établissements de santé et rencontrer des professionnels engagés dans des actions de prévention⁶. Elle a procédé à de nombreuses auditions, réuni un groupe de suivi inter-administrations⁷ et s'est enfin appuyée sur les résultats d'une étude de comparaison internationale⁸.

[20] Les auteurs du présent rapport tiennent à remercier l'ensemble des interlocuteurs qui ont répondu à ses sollicitations.

[21] Au terme de ses travaux, après avoir constaté un consensus sur l'intérêt de la prévention primaire pour améliorer l'efficacité du système de santé (1) et mesuré que les efforts en matière de prévention, et spécifiquement de prévention primaire, ne sont toujours pas à la hauteur des enjeux (2), la mission considère que les établissements de santé constituent un maillon essentiel

³ « Faire en sorte que chaque contact soit utile ».

⁴ Le projet de cahier des charges à destination des ARS figure en annexe 5.

⁵ Les réponses apportées par les ARS au questionnaire de la mission figurent en annexe 3.

⁶ Des exemples d'actions de prévention mises en œuvre par ces établissements sont cités à titre d'illustration. La plupart ne correspond pas stricto sensu à des actions de type MECC mais s'en rapproche dans l'esprit.

⁷ Composé de représentants de la direction générale de l'offre de soins (DGOS), de la direction générale de la santé (DGS), de la direction de la sécurité sociale (DSS), du secrétariat général des ministères sociaux (SGMAS), de la mission sur les expérimentations de l'article 51 et de la caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), ce groupe technique a été réuni à trois reprises.

⁸ Les résultats de cette étude réalisée par l'observatoire européen des systèmes et politiques de santé figurent en annexe 2.

aux côtés d'autres acteurs pour impulser des comportements plus favorables à la santé (3). La mission propose donc un modèle de financement ciblé et pérenne visant à ancrer des pratiques inspirées de *Making every contact count* encore peu structurées et peu soutenues au sein des établissements de santé (4). Les variations constatées par département dans les prévalences d'ALD standardisées sur l'âge et sur le sexe confirment la nécessité d'un dispositif combinant impulsion nationale et actions adaptées aux besoins des territoires (5). Il suppose la mobilisation de moyens financiers pour soutenir l'effort de formation et les outils nécessaires dans le cadre de pilotes confiés aux ARS⁹ avant une généralisation de ces actions en 2027 (6).

1 L'intérêt de la prévention primaire pour améliorer l'efficacité des systèmes de santé fait consensus

1.1 La prévention primaire se définit par rapport à un évitement de la maladie avec un objectif de réduction de la morbidité et de la mortalité évitable

[22] De nombreux rapports présentent les risques d'un système de santé axé sur le curatif avec en corollaire une augmentation du nombre de malades et une évolution vers une offre de soins de plus en plus sollicitée et en incapacité de répondre à ces besoins croissants. La réduction de la morbidité et de la mortalité évitables constitue en effet un enjeu majeur.

[23] Définie par l'OMS en 1948 comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps », la prévention fait l'objet de différentes classifications. Celle présentée ici la décline en prévention primaire, secondaire, tertiaire et la place en miroir de la maladie. La prévention primaire désigne l'ensemble des actions entreprises pour éviter l'apparition ou l'extension des maladies (ex. vaccination, action sur les facteurs de risque), la prévention secondaire visant à éviter leur aggravation, la prévention tertiaire à pallier leurs conséquences ou complications. S'ajoute depuis 1995 la prévention quaternaire qui vise à protéger le patient ou la population de la surmédicalisation¹⁰.

[24] Les actions de prévention primaire contribuent à la réduction de la morbidité et de la mortalité évitables compte tenu de l'impact des facteurs comportementaux dans le développement de certaines pathologies.

[25] La prévention est à distinguer de la *promotion de la santé*. La charte d'Ottawa (1986) précise que la promotion de la santé confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Elle ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. La charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation (2005) indique que promouvoir la santé consiste à permettre aux gens de mieux maîtriser leur santé et les facteurs qui la déterminent et par-là même d'améliorer leur santé. Enfin, la déclaration de Shanghaï sur la promotion de la santé dans le programme de développement durable à l'horizon 2030 (2016) souligne la nécessité pour

⁹ Le projet de cahier des charges destiné aux ARS pour lancer ces actions pilote figure en annexe 5.

¹⁰ Jamouille M, Roland M. Quaternary prevention. Wonca Classification Committee, HongKong, 1995

tout un chacun de pouvoir contrôler sa propre santé, d'être en position de faire de bons choix pour des modes de vie sains. Elle relève la nécessité d'une action politique impliquant de nombreux secteurs et régions. Elle attire l'attention sur le rôle de la bonne gouvernance et de l'éducation sanitaire pour améliorer la santé, ainsi que sur le rôle crucial joué par les autorités municipales et les communautés.

[26] Comme le soulignent des membres du Haut conseil de la santé publique (HCSP) en 2018, « là où la prévention est affaire de risques, de pathologies et de traumatismes, la promotion de la santé est un espace d'interventions centrées sur les déterminants sociaux de la santé tels que les conditions d'emploi, de logement, de cohésion sociale et l'aménagement des villes, communes et territoires. Elle se réfère donc peu aux facteurs de risque »¹¹. Les auteurs soulignent néanmoins les recoupements qui existent dans les stratégies opérationnelles de promotion de la santé et de prévention s'agissant en particulier de l'éducation à la santé.

[27] La prévention primaire est également à distinguer de l'éducation thérapeutique qui, selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. »

[28] La réforme du financement concerne les établissements de santé MCO et l'HAD. Or l'éducation thérapeutique est assurée pour une part importante dans les établissements de soins médicaux et de réadaptation (SMR).

[29] La prévention secondaire et la prévention tertiaire sont déjà intégrées dans des pratiques de prise en charge.

[30] Le choix de se centrer sur la prévention primaire s'explique notamment par l'impact positif attendu sur la santé et la maîtrise des dépenses de santé, enjeux qui trouvent naturellement leur place dans une réforme du financement. Ce choix s'explique également par le faible positionnement des établissements de santé dans ce domaine, alors même qu'ils peuvent jouer un rôle majeur dans l'adhésion à de telles démarches des personnes qui y viennent (Cf. *infra*).

1.2 La réduction de la morbidité et de la morbidité évitables a un impact direct sur la réduction du nombre de patients en affections de longue durée (ALD) et la maîtrise des dépenses de santé

[31] À partir des données de 2022, le rapport de l'Assurance maladie charges et produits pour 2025 précise, que les dépenses des personnes en affections de longue durée¹² représentent environ 66 % des dépenses d'assurance maladie soit 112 milliards d'euros sur 190 milliards d'euros au total¹³.

[32] L'allongement de l'espérance de vie et le vieillissement de la population expliquent une partie de cette évolution. Une plus grande proportion de personnes atteint des âges élevés et le pourcentage de personnes vivant avec une maladie chronique augmente avec comme

¹¹ Cambon L., Alla F., Chauvin F., Actualité et dossier en santé publique, n° 103 juin 2018

¹² Les assurés en ALD bénéficient d'une limitation ou d'une suppression de leur participation financière pour les soins en lien avec l'affection considérée.

¹³ Rapport charge et produit, proposition pour 2025, Assurance Maladie

conséquence, une augmentation du nombre de patients en ALD même si elle est moindre que celle des personnes vivant avec une maladie chronique¹⁴. L'étude « Points de repère de la CNAM » de juin 2024¹⁵ montre qu'en 2022 les bénéficiaires sont en moyenne âgés de 64 ans (âge médian 68 ans) et que 25 % d'entre eux ont plus de 78 ans, 25 % des bénéficiaires ayant moins de 54 ans.

[33] Comme le souligne le Haut conseil de la santé publique (HCSP) dans ses constats sur l'état de santé de la France, l'augmentation des maladies chroniques est consécutive d'une part à l'augmentation de leur incidence par accroissement de l'exposition à des facteurs de risque et diminution d'autres causes de décès. Elle est liée d'autre part à une augmentation de leur prévalence, les progrès techniques induisant une diminution de la mortalité¹⁶.

[34] Ces évolutions du nombre de personnes en ALD sont également expliquées par d'autres facteurs (diagnostic plus précoce par exemple) dont le poids varie selon la pathologie considérée.

[35] En 2022, les données de la CNAM montrent que parmi les 13,8 millions de personnes bénéficiant du dispositif des ALD, au moins une affection sur liste¹⁷ est enregistrée pour 96,6 % d'entre elles (13,4 millions de personnes), une affection hors liste grave caractérisée (ALD 31¹⁸) pour 6,6 % (915 000 personnes) et une polypathologie invalidante pour 0,6 % (82 000 personnes)¹⁹.

[36] Quatre pathologies représentent plus de 78 % des 13,4 millions de personnes exonérées au titre d'une affection sur liste en 2022 :

- Maladies cardioneurovasculaires (près de 4,3 millions de personnes soit 32,2 % des personnes exonérées pour affection sur liste) ;
- Diabète (3,6 millions de personnes, 27,2 % des personnes exonérées pour affection sur liste) ;
- Tumeurs malignes (2,6 millions, 19,8 %)
- Affections psychiatriques de longue durée (1,7 million, 12,4 %).

[37] Les patients de l'ALD 31 sont en moyenne plus jeunes que les bénéficiaires d'une ALD sur liste. 11 % des ALD 31 concernant des enfants âgés de moins de 15 ans, principalement pour pied bot, troubles de la parole, retard du développement, puberté précoce, petit poids de naissance, troubles de la croissance, fente palatine.

¹⁴ Revue de dépenses relative aux affections de longue durée (ALD) : Pour un dispositif plus efficient et équitable, rapport IGAS, septembre 2024

¹⁵ Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée, points de repère CNAM, juin 2024 – 07

¹⁶ Stratégie nationale de santé 2023-2033 : contribution du Haut conseil de la santé publique, mars 2023

¹⁷ Une ALD 30 correspond à une affection figurant sur une liste établie par décret nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Elle comportait initialement trente maladies.

¹⁸ Une ALD 31 correspond à une affection dite « hors liste », c'est-à-dire d'une forme grave d'une maladie ou d'une forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave ne figurant pas sur la liste des ALD 30, comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à six mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse (exemples : maladie de Paget, les ulcères chroniques ou récidivants avec retentissement fonctionnel sévère) (source : site ameli.fr)

¹⁹ Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée, points de repère CNAM, juin 2024 – 07

[38] Certains déterminants de santé, accessible à la prévention primaire, sont associés de façon significative à l'incidence de maladies chroniques et participent de fait au poids des ALD sur la santé et les dépenses afférentes.

[39] La mission propose de centrer les démarches de prévention primaire sur ces déterminants. (Cf. *infra*).

1.3 La délivrance de messages de prévention primaire pendant la période préconceptionnelle et la grossesse joue un rôle majeur pour la santé de la femme enceinte et pour diminuer la morbi-mortalité des nouveau-nés

1.3.1 L'alimentation joue un rôle pour la femme enceinte et dans les trajectoires de vie en bonne santé de l'enfant

[40] Pendant les « 1000 premiers jours²⁰» le capital santé de chacun se construit en fonction notamment des expositions intra utérines. Le concept de l'origine précoce de la santé et des principales maladies (*Dohad : Developmental Origins of Health and Disease*) chroniques, non transmissibles, de l'adulte (obésité, diabète, maladies cardio-vasculaires et respiratoires, troubles neuropsychiques dits « de civilisation »²¹) allie expositions liées aux modes de vie humains et modifications épigénétiques qui fixent la mémoire des expositions environnementales²².

[41] Les auteurs insistent notamment sur l'importance d'intervenir tôt, par une prévention précoce visant les jeunes adultes (parents ou couples avec un projet d'enfant) et la toute première enfance.

[42] L'accès aux consultations de nutrition est possible pour toutes les femmes dans 72,9 % des maternités. Les modalités diffèrent néanmoins selon le type de maternité : 88,3 % dans le service ou dans l'établissement, 60 % de consultations directement proposées dans le service dans les maternités de type III.

[43] La proposition d'un référent extérieur est faite dans 5,3 % des maternités, essentiellement les maternités de plus de 2 000 accouchements par an.

²⁰ Ils vont de la périconceptionnelle jusqu'au deuxième anniversaire de l'enfant

²¹ Simeoni, U., Le développement et les 1000 premiers jours : une opportunité de prévention précoce en santé. *Spirale*, 2019. 4(92): p. 42 – 44.

²² Marie-Aline M.-A. Charles, Claudine C. Junien. Les origines développementales de la santé (DOHaD) et l'épigénétique : une révolution pour la prévention des maladies chroniques de l'adulte. *Questions de santé publique*, 2012, 18, pp.1-4. ffh1-01004446f

1.3.2 Une consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse qui diminue mais insuffisamment compte tenu des enjeux pour la femme enceinte et son enfant

[44] Le rapport sur les 1000 premiers jours souligne que cette période est celle où l'exposition aux substances toxiques est la plus dangereuse et cite l'alcool comme première cause de troubles neurodéveloppementaux évitables²³. Santé publique France rappelle que consommer de l'alcool pendant la grossesse est toxique pour le fœtus et peut entraîner diverses complications (retard de croissance, atteintes du système nerveux central, malformations...), dont le syndrome d'alcoolisation fœtale est la forme la plus grave²⁴.

[45] L'enquête périnatale de Santé Publique France 2021²⁵ précise qu'environ 3 % des femmes déclarent avoir consommé de l'alcool durant leur grossesse mais que la consommation d'alcool est souvent sous déclarée. Les auteurs mentionnent une situation en amélioration avec une diminution de la consommation de tabac déclarée au 3ème trimestre de la grossesse (12,2 % en 2021 versus 16,3 % en 2016), de même que celle des femmes déclarant consommer du cannabis (1,1 % versus 2,1 %). Ils relèvent une amélioration de l'offre de prévention, près de 88 % des maternités ayant accès à une consultation en tabacologie, et 83 % en alcoologie, et/ou en addictologie). Toutes les maternités réalisant plus de 3500 accouchements ont accès à une consultation d'addictologie.

[46] L'enquête mentionne néanmoins que les professionnels de santé semblent prêter moins d'attention à la consommation d'alcool qu'à celle de tabac, puisque seulement 73,9 % des femmes déclarent avoir été interrogées sur leur consommation d'alcool pendant la grossesse. 42,7 % des femmes déclarent ne pas avoir reçu de conseils de la part des professionnels sur leur grossesse.

1.4 L'OMS confirme l'impact de la prévention primaire sur la maîtrise des dépenses de santé avec des résultats potentiels qui peuvent se situer dans le court terme

[47] L'OMS a produit en 2018 un rapport ²⁶ sur l'utilisation des données économiques pour justifier l'investissement dans la promotion de la santé et la prévention des maladies. Elle note que les risques pour la santé associés aux facteurs de risque comportementaux les plus courants (tabagisme, consommation nocive d'alcool, manque d'activité physique et mauvaise alimentation) ont un impact direct sur les dix principaux facteurs contribuant à la charge de

²³ Rapport de la commission des 1000 premiers jours, septembre 2020

²⁴ <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2020/zero-alcool-pendant-la-grossesse-un-message-pour-tous>

²⁵ Cinelli H, Lelong N, Le Ray C et ENP2021 Study group. Rapport de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 en France métropolitaine : Les naissances, le suivi à 2 mois et les établissements – Situation et évolution depuis 2016. Paris : Inserm, Octobre 2022. Disponible sur le site <https://enp.inserm.fr>

²⁶ Sauver des vies, dépenser moins : une riposte stratégique face aux maladies non transmissibles ; OMS, 05/2018

morbidité en 2015²⁷. L'OMS dispose d'un outil, l'EPIC (*Projecting the Economic Cost of Ill-health*) qui permet d'approcher les coûts liés à la perte de productivité due à la maladie et à la consommation en soins de santé. Elle notait que de nombreux exemples d'interventions étaient « rentables²⁸ » voire « hautement rentables²⁹ » et que, pour certaines actions, il était possible de calculer un retour sur investissement positif. Diverses mesures ciblant la consommation d'alcool, le tabagisme, l'activité physique et l'alimentation étaient notamment citées. Les auteurs notaient que, malgré les arguments économiques en faveur de l'investissement dans des mesures visant à promouvoir la santé et à prévenir les maladies et les accidents, les dépenses identifiables consacrées à la promotion de la santé et à la prévention des maladies au sein des systèmes de santé restaient très faibles.

[48] La note mentionnait l'intérêt d'identifier des investissements rentables à court terme et citait par exemple la prévention des risques pour l'enfant à naître grâce à des programmes de sevrage tabagique et alcoolique pendant la grossesse.

[49] Les changements de comportement concernant la pratique d'une activité physique adaptée contribuent à la maîtrise des dépenses de santé avec des résultats à court terme. Si l'activité physique permet de retarder la survenue de pathologies chroniques, elle agit à mais aussi à plus court terme sur la réduction des chutes. Le guide de la HAS³⁰ sur la consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte rappelle notamment l'impact d'une activité physique adaptée pour prévenir la survenue de pathologies. Il concerne les soins primaires, ce qui renforce l'intérêt d'une démarche synergique et complémentaire réalisée dans les établissements de santé, « pour que chaque contact compte ».

[50] Ces gains à court terme constituent un atout pour motiver les décideurs, dans un contexte de choix dans les dépenses prioritaires. Ils peuvent constituer un facteur d'entraînement pour bénéficier des effets de long terme, auxquels sont également sensibles les usagers, pour permettre aux générations futures de disposer d'un système de santé durable et soutenable. Les professionnels de santé sont aussi fortement sensibilisés sur l'impact positif d'un recul de l'âge de survenue des maladies chroniques et de leur intensité.

²⁷ Mc Daid D, Using economic evidence to help make the case for investing in health promotion and disease prevention, Policy brief, OMS, 2018

²⁸ Interventions qui ont de meilleurs résultats et des coûts inférieurs à ceux des interventions habituelles

²⁹ Actions qui ont un coût supplémentaire par année de vie ajustée en fonction de la qualité (QALY) gagnée ou par DALY évitée inférieur au niveau du PIB par habitant du pays.

³⁰ Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé ; outils d'amélioration des pratiques professionnelles. HAS, 05/04/2024

- les deux principaux **fonds d'intervention** finançant des actions de prévention primaire des établissements de santé MCO sont :
 - Le **fonds de la lutte contre les addictions (FLCA)** : créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 en remplacement du fonds de lutte contre le tabac, géré par un comité composé de la direction de la sécurité sociale, la direction générale de la santé (DGS), la direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Cnam et la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca), il vise à promouvoir une approche globale contre les conduites addictives de toute sorte (tabac, alcool, drogue, vidéo, jeux d'argent et de hasard). 114 M€ de crédits ont été consommés en 2022 autour d'actions nationales telles que les « lieux de santé sans tabac » ou les opérations de communication (dites de « marketing social ») auprès du grand public sur les conduites addictives. Des projets pilotés par les ARS ou les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) sont également soutenus au plan local. Les jeunes et les populations particulièrement défavorisées sont des cibles privilégiées.
 - 12,5 M€ de crédits (soit près de 11 % des ressources du fonds) ont été délégués par les ARS aux établissements de santé en 2022 au titre des actions de prévention.
 - Le **fonds d'intervention régional (FIR)** : créé par la LFSS pour 2012, il finance notamment au titre de la première de ses cinq missions des actions et expérimentations régionales validées par les ARS en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie.
 - En 2022, 394 M€ ont été délégués aux établissements de santé³⁷ dont 14 M€ ont financé des actions visant à prévenir des maladies cardiovasculaires, des maladies chroniques ainsi que d'autres actions de prévention à destination des enfants, des adolescents et des jeunes

³⁷ Sources : rapport d'activité 2022 du fonds d'intervention régionale, Secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales

³⁸ La consommation de soins et de biens médicaux comprend les soins hospitaliers, les soins ambulatoires, les transports sanitaires, les médicaments et autre dispositifs médicaux.

³⁹ La politique de prévention en santé, Cour des comptes, décembre 2021

3 Les établissements de santé constituent un maillon essentiel, aux côtés d'autres acteurs, pour impulser des comportements plus favorables à la santé

[63] Depuis de nombreuses années et de façon récurrente, l'importance de la prévention, l'hétérogénéité de ce qu'elle recouvre et la diversité des acteurs et institutions qui interviennent dans ce domaine sont soulignées dans des différents rapports émanant par exemple et sans exhaustivité de l'IGAS (2003), du Haut comité pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)

⁴⁰ Hors consultations externes, les honoraires des médecins libéraux exerçant en cliniques sont comptabilisés dans les soins de ville.

⁴¹ RAYNAUD. D : « Les dépenses de prévention, complexes à mesurer, très difficiles à comparer... », Regards, IRDES, juin 2023

⁴² Dans son rapport de 2021, la Cour des comptes rappelle les estimations réalisées en 2016 par la DREES qui évalue à 0,5 Mds€ les dépenses que les établissements de santé consacrent à la prévention, ce qui représente alors 5 % des dépenses de prévention et 0,6 % des dépenses de ces établissements.

(2017), du Haut conseil de santé publique (HCSP) (2018), de la commission d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale (2021), de la Cour des comptes (2021) ou encore de rapports consacrés à la santé publique comme celui du Pr Chauvin (2021) ou encore le dernier rapport charges et produits de l'assurance maladie⁴³. D'autres rapports sont ciblés sur certains acteurs. C'est le cas de celui de l'IGAS sur l'Organisation des structures de prévention et de prise en charge en santé sexuelle⁴⁴ (cf. *infra*).

[64] Le projet présenté par la mission s'inscrit tout à fait dans cette logique. Il pourrait pourtant paraître paradoxal d'impulser un changement de pratique visant à faire développer les actions de prévention primaire par les établissements de santé. Ce qui suit montre qu'ils sont un maillon essentiel du dispositif mais que l'efficacité des démarches suppose une interaction forte avec les autres acteurs.

[65] Les modalités de gouvernance territoriale sont évoquées ultérieurement.

3.1 Certaines structures sont tournées majoritairement vers la prévention, le rôle d'autres acteurs apparaissant ancré dans le domaine curatif et évoluant vers un mix curatif / préventif

[66] Le rapport précité du HCSP rappelle le rôle de certains offreurs tournés majoritairement vers la prévention. Certains acteurs se situent hors milieu de soins, les actions étant essentiellement conduites par « le tissu associatif qu'il soit généraliste, thématique (*addictions, infections sexuellement transmissibles, nutrition, etc.*) ou populationnel (*missions locales, réseaux d'éducation populaire, etc.*) ». C'est le cas de la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES) et les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) et les comités régionaux pour la santé (CRES). Le rapport du HCSP liste sans exhaustivité des associations intervenant dans domaines précis comme l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA).

[67] Le rapport du HCSP de 2018 cite les structures qui « se situent dans le milieu de soins » et en particulier des services de protection maternelle et infantile (PMI), de la santé scolaire, des centres de vaccination, ou encore des services de santé au travail. Figurent également les services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS) ainsi que quelques services hospitaliers ou non fédérant des activités de santé publique et de prévention (vaccinations, addictions, vie affective et sexuelle...).

[68] S'agissant de la santé sexuelle, l'IGAS a publié un rapport analysant la question de la santé sexuelle à travers les structures spécialisées chargées de sa mise en œuvre, en complément de l'offre de prévention et de soins de droit commun, en cabinet libéral ou en établissements de

⁴³ Santé, pour une politique de prévention durable, Rapport annuel de l'IGAS, 2003 ; Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé, HCAAM, juin 2017 ; Place des offreurs de soins dans la prévention, rapport du HCSP, 2018 ; Evaluation des politiques de prévention en santé publique, Rapport d'information du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale, Juanico R., TAMARELLE-VERHAEGHE M., n° 4400, juillet 2021 ; Dessiner la santé publique de demain, Pr Chauvin, F., La politique de prévention en santé, Cour des comptes, décembre 2021 ;

⁴⁴ Morelle A, Muscatelli A, participation de Ramdjee B Organisation des structures de prévention et de prise en charge en santé sexuelle, rapport IGAS 2022-049 R, février 2023 !

santé⁴⁵. Ce rapport rappelait le rôle du planning familial, il montrait que les structures territoriales spécialisées chargées de mettre en œuvre la stratégie demeuraient cloisonnées entre elles malgré des missions proches. Il revenait notamment sur le rôle des Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des comités de Coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH). Le rapport rappelait que les CeGIDD, habilités par les ARS et financés par le Fonds d'intervention régional (FIR) du ministère de la santé et de la prévention avaient pour missions principales la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement préventif de l'infection par le VIH et les hépatites virales, ainsi que la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des (IST). La plupart des CeGIDD habilités (72 %) sont gérés par des établissements de santé publics, 18 % par des collectivités territoriales et 4 % par des associations. Quant aux COREVIH, ils sont chargés de la coordination des acteurs au niveau le plus souvent régional, en lien avec les ARS.

[69] Le financement de ces structures n'est pas comptabilisé dans les 0,4 % précités.

[70] Les professionnels de santé libéraux constituent également des acteurs de la prévention, en particulier le médecin traitant, dans le cadre des bilans de prévention nouvellement mis en place par l'assurance maladie (voir *infra*). Les démarches de prévention secondaire sont par ailleurs intégrées aux pratiques et ce de façon différenciée selon les spécialités (cardiologie par exemple).

3.2 Le rôle des collectivités territoriales apparaît également essentiel

[71] Le rapport du Sénat sur la place des collectivités territoriales comme acteurs de la politique de santé publique a montré l'apport des collectivités territoriales pendant la crise du Covid⁴⁶.

[72] Lors de son échange avec la mission, le Président du Conseil départemental du Loir et Cher qui préside le groupe de travail Santé au sein de la Commission Solidarité, santé et travail de Départements de France, a souligné le rôle majeur des départements en termes de prévention au travers de différentes structures ou services placés sous leur autorité : centres de Protection maternelle et infantile (PMI) cités plus haut, centres de planification et d'éducation familiale, centres de lutte anti-tuberculose (CLAT), services des santé scolaire... Ils interviennent également en soutenant des associations impliquées dans la prévention ou plus directement par des équipes dédiées à la promotion et à la prévention de la santé. Ils sont chefs de file de la politique gériatrique et, outre leur rôle en matière d'établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD), ce sont des acteurs déterminants de la prévention dans ce domaine, notamment au sein de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

[73] Le renforcement de la prévention est également au cœur de travaux menés par la Société française de santé publique ou par l'association « Elus santé et territoires » qui contribue au partage d'expériences en particulier sur des actions engagées par les villes ou leurs groupements dans ce champ.

⁴⁵ Morelle A, Muscatelli A, participation de Ramdjee B Organisation des structures de prévention et de prise en charge en santé sexuelle, rapport IGAS 2022-049 R, février 2023

⁴⁶ Arnaud JM, Karoutchi R., au nom de la mission commune d'information destinée à évaluer les effets des mesures prises ou envisagées en matière de confinement ou de restrictions d'activités relatif à la place des collectivités territoriales comme acteurs de la politique de santé publique,

[74] Les régions et les communes contribuent également à la politique de prévention dans les territoires.

[75] Les contrats locaux de santé conclus par l'Agence régionale de santé (ARS) avec des collectivités territoriales permettent de mettre en œuvre le régional de santé notamment sur la promotion de la santé et la prévention⁴⁷. Ils sont signés par la collectivité territoriale, l'ARS, la Préfecture de département et éventuellement par d'autres partenaires.

[76] Les actions de prévention sont également initiées dans le cadre de la politique de la ville au travers des ateliers santé ville (ASV) ou des contrats locaux de santé (CLS) avec les ARS⁴⁸, mais sont également développées par les départements et les communes avec l'appui d'associations facilitant le développement de programmes spécifiques de prévention (réduction activité physique, alimentation...).

3.3 Le HCSP souligne que les établissements de santé ont un rôle à jouer en terme de prévention

[77] Le rapport du HCSP insiste sur le rôle potentiel des établissements de santé. Il souligne notamment la nécessité de ne pas mettre en concurrence mais en synergie les différents acteurs en tenant compte de leurs contraintes et spécificités.

[78] La Cnam a insisté quant à elle sur l'importance d'une maîtrise médicalisée des prescriptions hospitalières exécutées en ville, s'agissant par exemple de statines, compte tenu de l'impact de cette prescription sur ce qui sera prescrit ensuite. Dans la même logique, le rôle des établissements de santé doit être envisagé comme un atout, en complément de ce qui est réalisé en ville, pour favoriser l'appropriation des démarches de prévention par les patients, s'ils le souhaitent.

[79] La généralisation en 2024 par la Cnam des entretiens de « Bilan prévention », réalisés en ville et financés spécifiquement, permet de renforcer une cohérence entre les acteurs au service des patients (voir *infra*). Le rôle des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) dans le champ de la prévention, l'apport des régions, départements et des communes nécessitent la construction d'une interface structurée de façon à faciliter les complémentarités territoriales.

⁴⁷ Art. L. 1434-17 du Code de santé publique

⁴⁸ Il est signé par la collectivité territoriale, l'ARS, la Préfecture de département et éventuellement par d'autres partenaires.

4 Adossée à un modèle de financement qui doit être ciblé et pérenne, l'approche *Making every contact count* doit contribuer à un ancrage de la prévention primaire dans les pratiques des établissements de santé

4.1 *Making every contact count* (MECC) repose sur un changement de posture des établissements et des soignants⁴⁹

[80] Inspirée par un rapport de 2004⁵⁰, la démarche *Making every contact count* est recommandée par le NICE⁵¹ en 2014⁵² et fait ensuite l'objet d'une déclaration de consensus du Public Health England⁵³ et du National Health Service en 2016 après les premiers retours d'expérience⁵⁴.

[81] Le NHS impose aux prestataires de soins de santé l'obligation légale d'élaborer et de maintenir un plan organisationnel pour garantir que le personnel utilise chaque contact qu'il a avec les utilisateurs des services et le public comme une opportunité de maintenir ou d'améliorer la santé et le bien-être.

[82] Cette approche est fondée sur des données probantes visant à améliorer la santé et le bien-être des personnes en favorisant des changements de comportements favorables à la santé en tirant parti des nombreux contacts que le personnel de santé et des services sociaux entretient avec les personnes dont il s'occupe et dont il prend soin. Plusieurs guides ont été publiés qui visent à accompagner les établissements et opérateurs dans la mise en œuvre de cette démarche⁵⁵.

[83] MECC vise à tirer profit de toutes les occasions de contact et de rencontre entre les professionnels de santé et le public pour engager des conversations sur leur mode de vie et leurs comportements liés à la santé. Il s'agit par le dialogue informel de questionner, de faire réfléchir et d'inciter le patient à opérer des changements de mode de vie en lui donnant une meilleure compréhension des comportements à risque et de leur impact potentiel sur sa santé et son bien-être.

[84] Cette démarche est désormais déployée en routine notamment dans les établissements de santé. Ainsi qu'il l'a été expliqué à la mission lors de son déplacement au Royaume-Uni, l'approche MECC est depuis plusieurs années intégrée dans la stratégie du NHS. L'intérêt du déploiement

⁴⁹ Voir annexe 1

⁵⁰ *Securing good health for the whole population: final report*, Derek Wanless, février 2004

⁵¹ Le NICE (National institute for care and excellence) est l'équivalent en Grande-Bretagne de la Haute autorité de santé.

⁵² *Behaviour change: individual approaches*, NICE, janvier 2014. Voir notamment la recommandation 9 : "Deliver very brief, brief, extended brief and high intensity change and intervention behaviour programmes".

⁵³ Public Health England était une agence chargée de travailler sur l'amélioration de la santé et la réduction des inégalités. Elle a été dissoute en 2021 mais ses fonctions ont été reprises par deux entités.

⁵⁴ *Making Every Contact Count (MECC) : Consensus statement*, Public Health England, NHS England and Health Education England, avril 2016

⁵⁵ *Making Every Contact Count (MECC): implementation guide to support people and organisations when considering or reviewing MECC activity and to aid*, NHS England et Health Education England, juillet 2018

d'une approche visant à développer la prévention dans les établissements de santé en France a été souligné précédemment. Une étude récente publiée en 2023 sur la mise en place de MECC au Royaume-Uni a conforté cette option et le choix de porter les efforts sur la prévention primaire⁵⁶.

[85] Cela ne résume pas l'ensemble des efforts à développer en termes de prévention mais cette approche relève d'une démarche systémique, avec un déploiement qui s'inscrit dans le cadre de la réforme de financement initiée en 2024 individualisant un compartiment financier sur les objectifs de santé publique. L'étude précitée souligne en effet le potentiel de MECC pour améliorer la santé publique. Elle visait à mieux appréhender les obstacles à sa mise en œuvre et rappelait qu'en 2018 au Royaume-Uni, seuls 31 % des professionnels de santé avaient entendu parler de MECC. Ils considéraient en outre MECC comme un complément aux soins non essentiels. Les auteurs soulignaient la nécessité d'un changement de culture pour passer d'une approche médicale à une approche holistique mais aussi l'importance d'un financement durable.

[86] Ces différents éléments mais également la simplicité de mise en œuvre, le caractère probant de la démarche avec un impact positif en santé publique tant sur la prévention de la morbidité et de la mortalité évitable que sur les dépenses de santé ont contribué à proposer une déclinaison de cette approche en France.

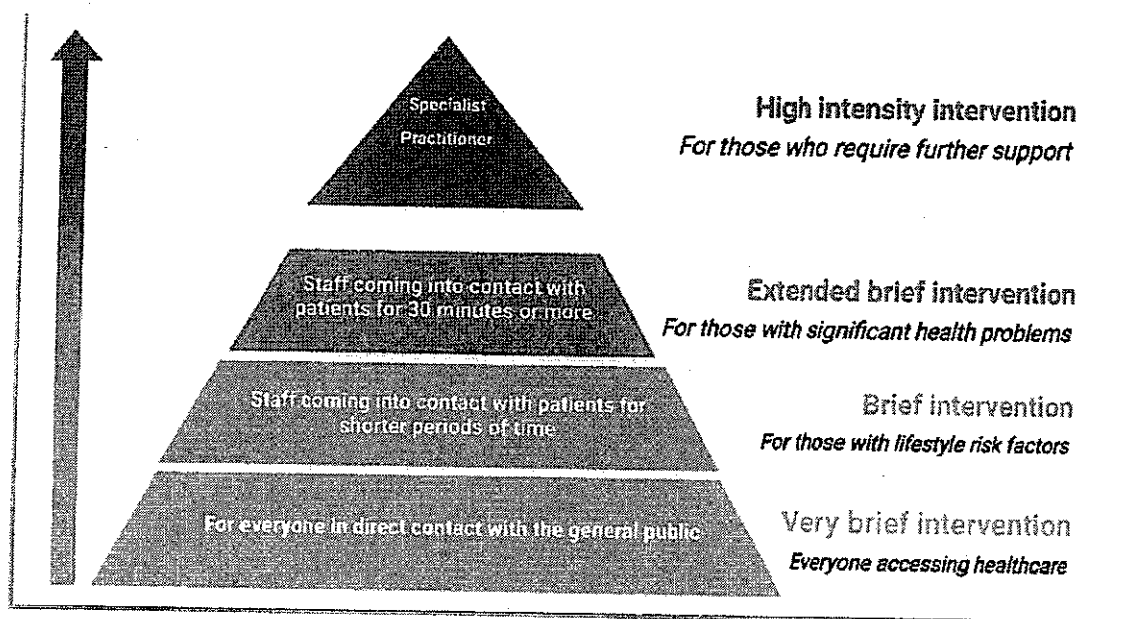
Présentation du modèle *Making every contact count*⁵⁷

Le modèle repose sur 4 niveaux d'intervention

- Une **intervention très brève** : effectuée de manière routinière et informelle par toute personne (« anyone ») en contact direct avec le public (patients, accompagnants, personnels de santé), elle permet de fournir des informations basiques aux personnes pour les motiver à changer leur comportement ou les orienter vers des appuis extérieurs. De 30 secondes à moins de deux minutes, l'intervention suit une progression en trois temps : poser les questions au moment approprié, aider en informant, agir à partir des outils mis à disposition ou en orientant (« ask, assist, act »).
- une **intervention brève** : réalisée par séquences brèves (moins de 10 minutes) par le personnel de santé en contact régulier avec des patients dont le mode de vie présente des facteurs de risques menaçant leur santé, elle peut prendre la forme d'une discussion orale ou d'un encouragement, avec ou sans support ou suivi écrit. Il peut également s'agir d'une orientation vers d'autres intervenants ou vers un soutien plus intensif.
- Une **intervention prolongée** par des personnels auprès des patients qu'ils voient régulièrement (pendant 30 minutes ou plus) et qui font face à des problèmes de santé significatifs et / ou à haut risque. Il peut donc s'agir de patients qui n'ont pas fait l'objet préalablement d'interventions très brèves ou brèves.
- Une **intervention de très haute intensité** réservée à un praticien spécialisé et en direction de patients qui nécessitent un accompagnement renforcé (par l'intermédiaire de séances de plus de 30 minutes). Les patients peuvent ne pas avoir fait l'objet d'interventions d'intensité moindre au titre de l'approche MECC.

⁵⁶ TURNER, Rebecca, BYRNE-DAVIS, Lucie, MICHAEL, Panayiotis, et al. Experiences of implementing the 'Making Every Contact Count' initiative into a UK integrated care system: an interview study. *Journal of Public Health*, 2023, vol. 45, no 4, p. 894-903.

⁵⁷ Voir annexe 1



Source : *Periodontology* 2000

[87] . Ces interventions reposent sur un certain nombre de principes :

- **Le volontariat** : le consentement du patient est requis au début de tout engagement de discussion et tout au long de l'échange.
- **L'adaptation** : la durée et la profondeur de l'intervention dépendent du profil et des circonstances de l'échange entre le patient et le professionnel de santé. La pyramide figurant dans l'encadré *supra* ne décrit pas une progression linéaire qui doit être obligatoirement suivie mais des types d'interactions qui s'offrent aux professionnels de santé. Il est de surcroît possible que le patient rechute et qu'il faille reprendre depuis le début le processus d'échange.
- **La spécialisation** : il n'est pas possible de s'engager dans de tels échanges avec le patient sans avoir reçu une formation préalable. Même si l'intervention est très brève et se résume à quelques questions, il est nécessaire que le professionnel de santé ait la connaissance du choix du moment pour entamer un échange, de l'attitude à observer (avec une importance particulière pour l'empathie), du vocabulaire à employer, des questions à poser, des outils proposés (par exemple sur tablette numérique ou sur téléphone portable), de l'évaluation des risques que font courir certains modes de vie, des comparaisons à établir, des professionnels à solliciter et des étapes ultérieures à engager. Dans ces conditions, les connaissances des bases de l'entretien motivationnel sont indispensables⁵⁸.

[88] La mise en œuvre de la démarche MECC traduit dans ces conditions un changement de posture important tant de la part des établissements que de celle des personnels de santé.

⁵⁸ Issu d'un modèle élaboré par deux chercheurs, Stephen Rollnik et William R Miller (« L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement », Interéditions, 2006), l'entretien motivationnel repose sur une façon de conduire un entretien avec une personne pour lui faire prendre conscience de la nécessité de changer.

4.2 Pour donner plein effet à la démarche MECC, le nouveau modèle de financement doit viser des actions probantes en ciblant certains déterminants de santé

[89] Pour être efficace et décliner la démarche MECC, le modèle de financement doit inciter les établissements de santé à engager des actions de prévention en visant des déterminants de santé sur lesquelles des interventions brèves ou très brèves auprès des patients ou des orientations sont susceptibles d'avoir un impact décisif.

4.2.1 De nombreuses publications montrent le caractère probant de MECC

[90] En 2007 les orientations du Nice pour faire changer les comportements vers des comportements favorables à la santé ciblaient l'association entre le tabagisme, la suralimentation, le manque d'exercice et l'abus d'alcool. Le Nice soulignait l'effet de ces déterminants sur la santé des individus mais également sur les inégalités de santé⁵⁹. Les orientations insistaient sur l'importance de les réduire et mettaient en avant le gradient existant en termes d'inégalités de santé, les plus défavorisés étant ceux qui sont en moins bonne santé et les conditions sociales et économiques pouvant empêcher les individus de modifier leur comportement pour améliorer leur santé. Il était précisé que l'acceptabilité culturelle et la valeur des différents types de comportement variaient selon l'âge, l'origine ethnique, le sexe et la position socioéconomique et qu'il était important de ne pas stéréotyper ou stigmatiser des groupes ou des individus en raison de ces variations.

[91] Différents rapports sur MECC portent sur le caractère probant de la démarche. L'un d'entre eux fournit des lignes directrices pour la mise en œuvre de MECC dans les systèmes de santé et évalue son impact sur la santé publique à travers des discussions brèves sur le mode de vie⁶⁰.

[92] Le programme MECC était supposé répondre à ces préoccupations, une évaluation initiale a été mise en œuvre et les résultats publiés en 2013⁶¹. L'étude exploratoire montrait que la mise en œuvre de MECC ne nécessitait pas de grand changement ni d'effort supplémentaire par rapport aux tâches normales effectuées par le personnel qui le dispensait. Il était également précisé que le temps consacré à la formation pour dispenser le MECC (généralement une demi-journée pour une formation de base) était relativement court. Les auteurs notaient également qu'il était important de pouvoir orienter les personnes. Ils précisaient que si les professionnels de santé pouvaient se montrer réticents, ils devenaient particulièrement moteurs une fois qu'ils étaient convaincus⁶². Ils concluaient à un potentiel considérable de MECC pour faire évoluer les comportements dans un sens favorable à la santé.

⁵⁹ National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Behaviour change at population, community and individual levels NICE, London (2007) <http://guidance.nice.org.uk/PH006>

⁶⁰ https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5c338375e5274a65a5da03d6/MECC_Implementation_guide_v2.pdf

⁶¹ Nelson A, de Normanville C, Payne K, Kelly MP. Making every contact count: an evaluation. Public Health. 2013 Jul ;127(7):653-60. doi: 10.1016/j.puhe.2013.04.013. Epub 2013 Jun 28. PMID: 23810318.

⁶² Au Royaume-Uni, le programme est déployé dans d'autres structures que les établissements de santé et, au sein des établissements de santé, même les non professionnels de santé sont impliqués.

[93] Une évaluation de l'impact de « *Making every contact count* » publié en 2015 a permis de montrer que les messages délivrés par les personnels formés à MECC aidaient les personnes à améliorer leur comportement en matière de santé notamment grâce aux formations des professionnels de la santé aux compétences nécessaires pour soutenir ce changement de comportement⁶³.

[94] Cette évaluation s'appuyait notamment sur une étude menée par l'Université de Southampton qui portait sur la formation aux « compétences de conversation saines » dans les centres pour enfants⁶⁴. Il ressortait qu'un an après la formation, le personnel avait davantage confiance en ses compétences et que cela facilitait la création d'opportunités pour poser des questions et permettait une meilleure écoute.

[95] Une autre étude a comparé 148 professionnels de santé et des services sociaux formés aux compétences nécessaires pour favoriser un comportement favorable à la santé à des professionnels non formés⁶⁵. Les compétences mentionnées étaient en particulier la création d'opportunités de discussion sur les comportements liés à la santé, l'utilisation de questions ouvertes, l'écoute et la définition d'objectifs. L'utilisation de ces compétences a été évaluée et comparée à celles des praticiens non formés. La différence entre praticiens formés et non formés était encore présente jusqu'à un an après la formation. Les auteurs concluaient que ce système qui utilisait les services existants pouvait améliorer la santé publique à un coût relativement faible⁶⁶.

4.2.2 Différentes études, notamment sur la démarche MECC, ont montré au travers de données objectives qu'une intervention brève entre un professionnel de santé et un patient influence positivement son comportement de santé.

[96] **La condition d'évidence empirique est satisfaite dans la déclinaison de MECC proposée par la mission.**

[97] L'échange de la mission avec les experts et institutions majeures en matière de prévention ainsi que son déplacement au Royaume-Uni l'ont confortée dans le choix de quatre déterminants - alcool, tabac, activité physique, alimentation - qui sont également ceux qui ont le plus fort impact sur la mortalité et la morbidité évitable, donc sur la survenue de maladies chroniques mais pas uniquement.

⁶³ Making every contact count, Rapid evidence review, Collins B, Wirral Council Business & Public Health Intelligence Team, mai 2015.

⁶⁴ Baird J, Jarman M, Lawrence W, et al. The effect of a behaviour change intervention on the diets and physical activity levels of women attending Sure Start Children's Centres: results from a complex public health intervention. *BMJ Open* 2014;4: e005290. doi:10.1136/bmjopen-2014-00529

⁶⁵ Lawrence W, Black C, Tinati T, Cradock S, Begum R, Jarman M, Pease A, Margetts B, Davies J, Inskip H, Cooper C, Baird J, Barker M. 'Making every contact count': Evaluation of the impact of an intervention to train health and social care practitioners in skills to support health behaviour change. *J Health Psychol.* 2016 Feb;21(2):138-51. doi: 10.1177/1359105314523304. Epub 2014 Apr 8. PMID: 24713156; PMCID: PMC4678584

⁶⁶ Nelson A, de Normanville C, Payne K, Kelly MP. Making every contact count: an evaluation. *Public Health.* 2013 Jul;127(7):653-60. doi: 10.1016/j.puhe.2013.04.013. Epub 2013 Jun 28. PMID: 23810318

[98] Un rapport sur MECC mentionnait que les changements tels que l'arrêt du tabac, l'amélioration de l'alimentation, l'augmentation de l'activité physique, la perte de poids et la réduction de la consommation d'alcool pouvaient tous aider les gens à réduire leur risque de mauvaise santé et avoir un effet positif sur le sentiment de bien-être mental d'une personne⁶⁷.

[99] Une des études montre l'apport du repérage hospitalier des facteurs de risques retenus par la mission (tabac, alcool, inactivité physique, alimentation/surpoids et obésité)⁶⁸. Les auteurs insistent également sur l'intérêt d'aller au-delà du repérage, ce que prévoit la déclinaison de la démarche MECC avec une adaptation des actions post repérage aux besoins et aux souhaits des patients.

[100] Pour le Nice, le coût annuel de l'inactivité physique est estimé à 1 067 millions de livre sterling, celui du tabagisme à 2 872 millions de livre sterling, de la surconsommation d'alcool à 3 614 millions de livre sterling, de l'obésité et du surpoids à 6 048 millions de livre sterling.

[101] Les preuves de changement de comportement sont présentées dans des directives de Nice régulièrement actualisées. Ces directives ne portent pas que sur les évaluations de MECC mais s'appuient notamment sur des études portant sur l'implémentation de MECC sur le terrain. Elles concernent en particulier les changements de comportement⁶⁹, l'arrêt du tabac⁷⁰, l'alcool⁷¹ et l'activité physique⁷². Parmi celles-ci l'apport des interventions brèves est souligné par les professionnelles de santé.

[102] Pour l'alimentation, l'efficacité des interventions brèves est présentée dans différentes études⁷³

[103] Pour l'activité physique, une revue de 25 articles portant sur les effets d'une brève intervention de promotion de l'activité physique (AP) dans un milieu de soins de santé autre que les soins primaires atteste que certaines interventions brèves visant à augmenter l'AP, dispensées dans le cadre des soins de santé, sont efficaces pour augmenter l'AP à moyen terme⁷⁴. Cette étude, bien que non ciblée sur des interventions spécifiques aux établissements de santé, confirme l'intérêt de ces démarches d'interventions brèves.

[104] Pour l'alcool⁷⁵, on dispose également d'une revue *Cochrane* montrant l'intérêt d'interventions brèves en milieu hospitalier. Le Nice précise également dans ses directives que les interventions brèves et prolongées et les entretiens motivationnels peuvent être efficaces pour

⁶⁷ https://uk.sagepub.com/sites/default/files/uom-assets/127116_book_item_127116.pdf

⁶⁸ A WHO-HPH operational program versus usual routines for implementing clinical health promotion: an RCT in health promoting hospitals (HPH), Svane et al. *Implementation Science* (2018) 13:15

⁶⁹ <http://guidance.nice.org.uk/PH49>

⁷⁰ <http://www.nice.org.uk/Guidance/PH1>

⁷¹ <http://www.nice.org.uk/Guidance/PH24>

⁷² <http://www.nice.org.uk/Guidance/PH1>

⁷³ Whatnall MC, Patterson AJ, Ashton LM, et al. Effectiveness of brief nutrition interventions on dietary Behaviours in adults: A systematic review. *Appetite* 2018; 120:335–47

⁷⁴ Green ET, Cox NS, Arden CM, Warren CJ, Holland AE. What is the effect of a brief intervention to promote physical activity when delivered in a health care setting? A systematic review. *Health Promot J Austr.* 2023 Oct;34(4):809–824. doi: 10.1002/hpja.697. Epub 2023 Feb 12. PMID: 36727304.

⁷⁵ McQueen J, Howe TE, Allan L, Mains D, Hardy V. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Aug 10;2011(8):CD005191. doi: 10.1002/14651858.CD005191.pub3. PMID: 21833953; PMCID: PMC10600352.

réduire la consommation d'alcool, la violence liée à l'alcool et les symptômes dépressifs chez les jeunes et les adolescents. Les auteurs notent cependant que la base de données probantes était généralement limitée par l'hétérogénéité des résultats, des populations et des contextes et par ailleurs qu'aucune étude n'était disponible chez les personnes âgées de 16 à 17 ans. Ils concluent toutefois que les données probantes semblent être conformes à la ligne directrice qui recommande d'organiser des interventions brèves et prolongées pour les jeunes.

[105] S'agissant du tabac, l'efficacité en termes de repérage et d'amorçage d'un sevrage à l'hôpital est objectivée par une *Review Cochrane*⁷⁶.

4.2.3 La démarche MECC est une démarche intégrée à la prise en charge des patients qui nécessite une formation des soignants.

[106] Les interactions entre patients et professionnels de santé sont l'occasion de délivrer des messages qui n'auraient pas forcément eu la même écoute dans un autre contexte (cf. la notion d'aller vers à l'envers). Il s'agit bien d'une démarche complémentaire à celle du soin qui s'inscrit en cohérence avec notamment les messages délivrés par les professionnels libéraux. **Cette démarche s'inscrit dans une logique de renforcement des compétences des professionnels.**

[107] La formation des professionnels à la démarche MECC est une condition indispensable à sa mise en œuvre. Ainsi 91 % des professionnels formés ont ressenti une plus grande confiance pour initier des conversations sur la santé après avoir reçu la formation MECC⁷⁷. La formation a permis d'améliorer leurs compétences en communication et leur capacité à fournir des conseils appropriés et brefs avec un impact direct sur les patients. Cette connaissance influe également leur propension à adopter des comportements favorables à leur santé.

[108] **La démarche MECC contribue à une approche globale vis-à-vis du patient**

[109] Cette approche axée sur la prévention permet d'envisager la relation avec le malade au-delà du motif qui l'a amené à l'hôpital.

4.2.4 Les évaluations dont on dispose vont dans le sens d'un impact positif de MECC sur la baisse des dépenses des santé.

[110] Les études citées précédemment sur le programme MECC et les études ciblées développées ci-dessous suggèrent qu'il s'agit d'une approche coût efficace par l'utilisation de contacts de routine pour aller vers des comportements favorables à la santé, par exemple s'agissant de la consommation d'alcool ou de tabac ou encore de l'alimentation ou de l'activité physique.

[111] Les articles nombreux sur les liens entre une maîtrise de ces déterminants et une baisse des dépenses de santé vont dans le sens d'un impact positif de MECC sur la baisse des dépenses de santé. Les coûts recensés sont principalement ceux du champ de la santé mais les

⁷⁶ Streck JM, Rigotti NA, Livingstone-Banks J, Tindle HA, Clair C, Munafò MR, Sterling-Maisel C, Hartmann-Boyce J. Interventions for smoking

⁷⁷ MECC Training Evaluation Report. Health Education England (2017)

coûts évités en termes de productivité du travail ou encore d'ordre public, particulièrement pour l'alcool, mériteraient d'être intégrés dans ce type d'évaluation.

4.2.4.1 Le surpoids joue un rôle majeur dans la survenue de nombreuses pathologies

[112] De nombreuses études précisent que le surpoids et l'obésité constituent un facteur de risque majeur pour les maladies cardiovasculaires, le diabète, les troubles musculosquelettiques et certains cancers.

[113] Ainsi, l'Institut national du cancer (INCa) précise que près de 19 000 nouveaux cas de cancers en France seraient attribuables à une surcharge pondérale en 2015, soit 5,4 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancers⁷⁸. Il note qu'en France, le nombre de nouveaux cas de cancer pouvant être prévenus par des actions de prévention nutritionnelle s'élève à plus de 70 000 par an et précise que plus de 40 % des cancers sont attribuables à des facteurs de risque évitables, avec 16 à 20 % dus à des facteurs nutritionnels englobant l'alimentation, l'activité physique, le statut pondéral et la consommation d'alcool⁷⁹.

[114] Pour les maladies cardiovasculaires, l'étude de Framingham portant sur les relations entre les catégories d'indice de masse corporelle (IMC), les facteurs de risque de maladie cardiovasculaire et l'apparition d'une maladie vasculaire (angine de poitrine, infarctus du myocarde, maladie coronarienne ou accident vasculaire cérébral) a montré que le surpoids était associé à un risque relatif et populationnel accru d'hypertension et de séquelles cardiovasculaires⁸⁰. Les auteurs soulignaient l'intérêt d'interventions visant à réduire l'adiposité et à éviter l'excès de poids compte tenu de leurs effets importants sur le développement de facteurs de risque et de maladies cardiovasculaires au niveau individuel et populationnel.

[115] Les liens entre surpoids, obésité et diabète sont également décrits dans de nombreuses études.

[116] La prévention du surpoids et de l'obésité constitue donc un enjeu majeur de santé publique.

[117] Les études ENNS (*étude nationale nutrition santé*) et l'étude Esteban (*Étude de Santé sur l'Environnement, la Biosurveillance, l'Activité physique et la Nutrition*) conduites respectivement en 2006 et 2015 permettent un suivi de la situation nutritionnelle en France⁸¹.

[118] L'étude Esteban précisait que le surpoids et l'obésité constituent un facteur de risque majeur pour les maladies cardiovasculaires, le diabète, les troubles musculosquelettiques et certains cancers. Elle montrait que la prévalence du surpoids (obésité incluse) des adultes était restée stable, de l'ordre de 49 % et que celle spécifique de l'obésité s'est maintenue à 17 % pour

⁷⁸ <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Surpoids-et-obesite>

⁷⁹ Nutrition et prévention des cancers, Fiche repère INCa, décembre 2019

⁸⁰ Wilson PW, D'Agostino RB, Sullivan L, Parise H, Kannel WB. Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk: the Framingham experience. *Arch Intern Med.* 2002;162(16):1867-72.

⁸¹ Verdot C, Torres M, Salanave B, Deschamps V. Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006. *Bull Epidemiol Hebd.* 2017;(13):234-41. <http://invs.santepublique>

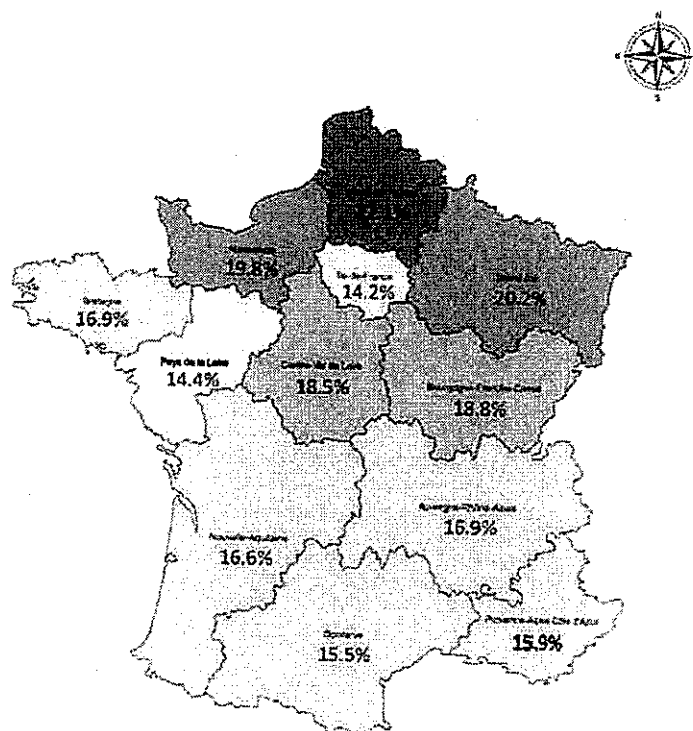
l'ensemble de la population adulte. Pour les enfants de 6 à 17 ans, en 2015, la prévalence du surpoids (obésité incluse) était estimée à 17 %, dont 4 % d'obèses.

[119] L'Inserm a également coordonné une série d'enquêtes réalisées tous les trois ans de 1997 à 2012 pour produire des estimations de la prévalence du surpoids et de l'obésité en France. Entre septembre et octobre 2020, la Ligue contre l'obésité a lancé une enquête, en s'appuyant sur des questionnaires collectés par l'institut de sondage Odoxa sur un échantillon de près de 10 000 personnes résidant en France métropolitaine, âgées de 18 ans ou plus⁸². Les résultats montraient que la prévalence de l'excès de poids (incluant donc le surpoids et l'obésité) était de 47,3 %, dont 17 % des sujets en situation d'obésité.

[120] Par rapport aux études antérieures, l'augmentation était encore plus marquée dans les groupes d'âge les plus jeunes et pour l'obésité morbide.

[121] Cette étude soulignait également de fortes disparités régionales comme le montre la carte présentée ci-dessous.

Carte 1 : Distribution régionale de la prévalence de l'obésité ($BM I \geq 30 \text{ kg/m}^2$)



Source : étude Obepi-Roche LCO 2020.

[122] L'étude conclut notamment à la nécessité d'un renforcement des politiques de prévention, en particulier chez les jeunes. S'agissant du surpoids, on se situe bien dans la prévention primaire.

⁸² Fontbonne, A.; Currie, A.; Tounian, P.; Picot, M.-C.; Foulatier, O.; Nedelcu, M.; Nocca, D. Prevalence of Overweight and Obesity in France: The 2020 Obepi-Roche Study by the "Ligue Contre l'Obésité". *J. Clin. Med.* 2023, 12, 925.

[123] Outre les études précitées, le rapport de la mission d'information du Sénat de 2022 intitulé « Surpoids, obésité, l'autre pandémie »⁸³ offre un panorama très riche des études réalisées dans ce domaine. Il insiste notamment sur les inégalités sociales face à ce risque. Il propose différents modes d'actions qui se situent hors des politiques de santé et sont complémentaires d'une démarche de prévention primaire. Néanmoins, l'analyse des résultats montre que les méthodes de prévention à mettre en œuvre doivent tenir compte de ce contexte. Le fait de mobiliser les établissements de santé « pour que chaque contact compte » va dans ce sens.

4.2.4.2 Le rôle de la sédentarité dans le risque de survenue de maladies chroniques a été démontré par de nombreuses études

[124] Les études ont démontré avec un haut niveau de preuves scientifiques que l'activité physique et sportive régulière permettait de prévenir et de traiter la plupart des maladies chroniques non transmissibles : maladies cardiovasculaires, diabète de type 2, cancer du côlon, du sein, de l'endomètre⁸⁴.

[125] Une étude descriptive utilisant la prévalence de l'activité physique entre 2001 et 2016 et les risques relatifs de mortalité toutes causes confondues a estimé le nombre de décès prématurés évités pour la population par l'activité physique. Elle concluait que le risque attribuable de mortalité liée à l'inactivité physique était de 6 % et que la fraction évitée de mortalité pour la population grâce à l'activité physique était de 15 %⁸⁵.

4.2.4.3 Le tabac est la première cause de mortalité évitable

[126] Santé Publique France précise que tabagisme actif est responsable de 75 000 décès par an. Sa prévalence est plus élevée en France que celle d'autre pays⁸⁶.

[127] D'après l'observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), le coût social du tabac⁸⁷ serait d'environ 120 milliards d'euros.

[128] Or, 23 % des fumeurs ont évoqué avec un professionnel de santé leur consommation durant les 12 derniers mois, sachant qu'un conseil d'arrêt du tabac formulé par un tel professionnel augmente de 70 % le taux d'arrêt du tabac à six mois.

⁸³ Rapport d'information n° 744 (2021-2022) de Mmes DESEYNE, DEVÉSA et MEUNIER au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, déposé le 29 juin 2022

⁸⁴ Duclos M, Epidémiologie et effets sur la morbi-mortalité de l'activité physique et de la sédentarité dans la population générale, Revue de rhumatologie, Vol 88 - N° 3 - juin 2021 P. 173-254

⁸⁵ Strain T, Brage S, Sharp SJ, Richards J, Tainio M, Ding D, et al. Use of the prevented fraction for the population to determine deaths averted by existing prevalence of physical activity: a descriptive study. Lancet Glob Health. 2020 ; 8(7):e920-e30

⁸⁶ La France compte un tiers de fumeurs contre 13 % pour le Royaume-Uni et les États-Unis, 21 % pour les Pays-Bas et 24 % pour l'Italie.

⁸⁷ Ce coût social est exprimé en valeur des vies humaines perdues, en perte de la qualité de vie, en pertes de production et en coût pour les finances publiques.

4.2.4.4 L'alcool a été qualifié par de « trou noir de la santé publique »

[129] Lors de l'évaluation du plan cancer 3 réalisée en 2020, certains acteurs avaient qualifié la consommation excessive d'alcool de « trou noir de la santé publique⁸⁸.

[130] La MILDECA et le ministère en charge de la Santé ont sollicité l'Inserm en 2021 pour la réalisation d'une expertise collective afin d'actualiser les connaissances scientifiques sur l'alcool, ses effets sur la santé, les niveaux et modalités d'usages associés à sa consommation en France ainsi que les stratégies de prévention efficaces⁸⁹.

[131] Rappelant que l'alcoolisme est la première cause d'hospitalisation en France, le groupe d'experts réuni par l'INSERM indique que la mortalité attribuable à l'alcool est plus élevée en France qu'ailleurs en Europe et qu'elle est à l'origine de 11 % des décès pour les hommes et de 4 % pour les femmes chez les plus de 15 ans⁹⁰.

[132] Le groupe d'experts rappelle que 41 000 décès (30 000 chez les hommes et 11 000 chez les femmes)⁹¹ sont estimés attribuables à l'alcool en France en 2015 : près de 16 000 par cancers⁹², 9 900 par maladies cardiovasculaires, 6 800 par maladies digestives, 5 400 pour une cause externe (accident ou suicide) et plus de 3 000 pour une autre maladie (maladies mentales, troubles du comportement, etc.).

[133] Les experts de l'INSERM recommandent notamment que des messages de prévention soient diffusés, sous une forme compréhensible et adaptés lorsqu'ils sont créés à destination des groupes les plus vulnérables. Les experts de l'INSERM évoquent notamment des interventions brèves effectuées par un personnel formé⁹³ auprès d'un public à risque. Ils estiment que ces démarches ont un coût efficacité positif.

4.2.5 Agir sur les quatre déterminants précités a un impact global sur l'amélioration de la santé de la population

[134] Agir sur ces quatre déterminants au moyen de conseils de prévention doit avoir un impact global sur l'amélioration de l'état de santé de la population, un moindre recours à l'hospitalisation, une diminution des patients en affections de longue durée et en corollaire, une réduction des dépenses de santé. Sur le plan des prises en charge, il y a un intérêt à entreprendre des actions de prévention en direction des fumeurs par exemple, car une consommation excessive de tabac peut compliquer la cicatrisation en post-opératoire.

⁸⁸ Bensadon AC, Nuytten B, Ott MO, Quéré M, Romulus AM, Vincent B, Evaluation du 3ème plan cancer, rapport IGAS-IGESR

⁸⁹ Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool, INSERM, 2021

⁹⁰ La consommation d'alcool durant la grossesse n'est pas rare. L'alcoolisation foetale est d'ailleurs la première cause de handicap non génétique en France.

⁹¹ Ces chiffres datent de 2015

⁹² Ce chiffre a été réactualisé par l'institut national du cancer (INCA) qui a recensé en 2018 28 000 cas de cancer liés à la consommation d'alcool.

[135] Le contexte qui est celui d'une systématisation d'actions de prévention primaire conduit à limiter, de façon conventionnelle le périmètre des actions afin d'obtenir un effet massifiant avec à moyen terme un impact sur des indicateurs de santé et à plus court terme, la possibilité de suivre l'implémentation du dispositif.

[136] Au cours de ces échanges, la mission a pu se voir suggérer la prise en compte d'autres déterminants de santé que le tabac, l'alcool, l'alimentation et l'activité physique en orientant les actions de prévention primaire vers d'autres addictions (par ex. le cannabis, les écrans vidéo) ou des pathologies liées à la santé mentale.

[137] Si ces propositions sont intéressantes et pourraient être prises en compte ultérieurement, la mission préconise dans un premier temps de concentrer les actions et moyens sur les quatre déterminants de santé vis-à-vis desquels le caractère probant et l'efficacité des interventions (très) brèves auprès des patients ou des orientations sont vérifiés par la littérature scientifique⁹⁴.

[138] La mission tient néanmoins à souligner l'enjeu majeur que constitue la prévention en santé mentale et la nécessité de s'assurer des modalités les plus adaptées pour renforcer l'efficacité des démarches, en s'appuyant sur des actions probantes.

Recommandation n°2 Cibler le financement sur les actions de prévention primaire portant sur les quatre déterminants de santé suivants : tabac, alcool, alimentation, activité physique

[139] Dans son rôle d'appui aux établissements et professionnels de santé en matière de prévention et d'éducation pour la santé, Santé Publique France (SPF) tient et met à leur disposition un registre des interventions efficaces ou prometteuses en prévention et promotion de la santé⁹⁵. Y sont recensées les actions qui ont fait ou font l'objet d'une vérification scientifique et sont déployées ou en cours de déploiement. Parmi celles-ci figurent des interventions brèves et des conseils dispensés en matière de consommation d'alcool auprès de salariés dans le cadre de la médecine du travail⁹⁶, ou encore d'un service d'urgences⁹⁷.

4.3 Les actions financées au titre du nouveau modèle de financement combinent universalisme proportionné et ciblage des publics, avec une attention particulière pour le personnel soignant

[140] Le modèle *Making every contact count* déployé au Royaume-Uni depuis une dizaine d'années et plus récemment au Pays de Galles est maintenant intégré aux soins en routine, les évaluations successives ayant montré son efficacité⁹⁸.

⁹⁴ Outre les art ci-dessus voir également "Making every contact count : consensus statement", NHS, avril 2016, *Making every contact count*, NHS England, 2021 en lien avec "Alcohol-use disorders : prevention", *Public health guideline, NICE guidance*, octobre 2010 sur l'alcool, "Weight management : lifestyle service for overweight or obese adults", *Public health guideline, NICE guidance*, mai 2014 sur l'obésité, "Physical activity, brief advice for adults in primary care", *Public health guideline, NICE guidance*, mai 2013 sur l'activité physique et "Smoking : brief interventions and referral", *Public health guideline, NICE guidance*, mars 2006 sur le tabac.

⁹⁵ <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/interventions-efficaces-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante>

⁹⁶ « Repérage et intervention brève en médecine du travail »

⁹⁷ « Intervention brève aux urgences pour les buveurs à risque »

⁹⁸ Voir article ci-dessus

4.3.1 Une réduction attendue des inégalités sociales par un modèle d'aller vers à l'envers

[141] Ce modèle choisi permet de contribuer à la réduction des inégalités de santé, dans le respect du principe d'universalisme proportionné défini par Sir Michael Marmot : « *Pour réduire la pente du gradient social de santé, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelle au niveau de défaveur sociale* »⁹⁹. Aujourd'hui, les plus vulnérables profitent le moins de la prévention primaire car ce sont les moins informés. Il s'agit donc de rétablir un équilibre au travers d'actions plus intensives dans leur direction.

[142] Le programme MECC répond à cette logique et vient compléter les programmes d'« aller vers » qui ont montré toute leur utilité. Il permet une combinaison de l'approche universelle en s'adressant à l'ensemble des patients hospitalisés et d'une approche ciblée avec une offre d'intervention proportionnelle aux besoins des patients, dans une logique « d'aller vers à l'envers ». Aucune cible n'est fixée a priori s'agissant du public visé par les actions de prévention primaire.

Recommandation n°3 S'adresser à tous les publics dans le déploiement des interventions très brèves et brèves et de l'orientation dans le cadre des actions de prévention primaire mais avec une intensité particulière en direction des publics fragiles dans une logique d'universalisme proportionné

[143] Au titre des dispositifs de prévention primaire dont il est prévu le financement en établissements de santé, sont ciblés les patients hospitalisés et les actions qui visent à prévenir l'apparition de pathologies sans rapport avec celle motivant leur hospitalisation.

[144] La réforme du financement concernant les établissements de santé, la mission a retenu de privilégier un financement qui vise leur cœur de métier : les hospitalisations, qu'il s'agisse d'hospitalisation à temps complet ou non. Les consultations ne font pas partie du champ car il aurait fallu traiter l'ensemble des consultations, ni les prises en charge aux urgences, compte tenu de la réforme récente sur le financement des urgences distincte de la réforme globale et systémique du financement des établissements de santé dont la présente mission constitue un aval.

Des réflexions et travaux complémentaires pourront être engagés postérieurement à la mise en place du dispositif de financement sur les champs MCO et HAD sur son extension en particulier à la psychiatrie. Ce champ n'avait pas été intégré aux travaux compte tenu du cadre qui était celui d'une réforme du financement n'englobant pas la psychiatrie. De même, la mission n'a pas travaillé sur les services d'urgence dont les modalités de financement venaient d'être modifiées. Le déploiement de MECC dans ces services pourrait faire l'objet d'une prochaine étape, une fois tirés les enseignements de cette première phase.

Seules les actions de prévention primaire sont concernées pour marquer la légitimité des établissements de santé dans ce domaine, au côté de la médecine de ville et donner une vraie impulsion à leur développement à l'hôpital.

⁹⁹ Marmot, M., "Fair society, healthy lives". Strategic review of health inequalities in England post-2010". The Marmot Review, February 2010.

[145] Au détour d'une hospitalisation chirurgicale par exemple, une intervention brève relative à l'un des 4 déterminants pourra aboutir à une orientation en addictologie si le patient déclare surconsommer de l'alcool.

4.3.2 Une attention particulière à apporter aux femmes enceintes

[146] Certaines maternités profitent d'ores et déjà des nombreux rendez-vous programmés pour engager des démarches préventives (principalement de sevrage tabagique) avec les femmes enceintes, voire leur entourage.

[147] Au centre hospitalier (CH) de Lens, les actions sont ciblées sur la femme enceinte et l'activité physique.

[148] Etablissement le plus important du Pas-de-Calais et établissement support du GHT, le CH a engagé des actions de prévention dans certaines directions :

- l'amélioration du parcours de la femme enceinte fumeuse autour d'actions de repérage et de consultations dédiées auprès d'une infirmière diplômée d'État (IDE) et de deux sages femmes formées en tabacologie, à destination de la femme enceinte, de son entourage et des professionnels de santé ;
- la prise en charge de la femme enceinte en situation de surpoids avec l'organisation de consultations spécifiques (obstétricien, diététicien, éducateur physique, kinésithérapeute, psychologue), de séances d'activité physique ou de prises en charge en hôpital de jour ;
- l'organisation d'un événement sportif grand public¹⁰⁰ pour la prévention des maladies cardiovasculaires autour d'épreuves sportives, d'ateliers et de stands dédiés à la prévention.

[149] À la clinique Belledonne à Saint-Martin d'Hères, maternité de niveau 2 appartenant au groupe ELSAN, l'approche préventive est centrée sur la santé environnementale et les habitudes de vie.

- Cette clinique propose que l'intervention très brève ou brève des sage-femmes auprès des femmes enceintes ou des parturientes se concrétise par leur orientation vers un atelier de santé environnementale animé par une sage-femme tabacologue formée en santé environnementale visant à attirer leur attention sur les implications de leur environnement et de leurs habitudes de vie (alimentation, consommation de tabac ou d'alcool, utilisation de certains ustensiles de cuisson ou de cuisine, de produits cosmétiques ou d'entretiens) sur leur santé et celle de leur bébé en insistant particulièrement sur les effets néfastes du tabagisme.

¹⁰⁰ Opération « Bouge ton cœur »

4.3.3 L'intérêt de faire bénéficier de ces actions au personnel des établissements de santé où elles sont mises en place

[150] Au Royaume-Uni ou en France, la mission a pu constater que les établissements qui ont mis en place ces démarches soulignent également l'intérêt de cibler les soignants pour ces actions de prévention primaire ; les retombées sont très majoritairement jugées positives.

[151] L'amélioration de la santé des soignants constitue à cet égard un enjeu majeur et ces actions y contribuent dans le droit fil du récent rapport sur la santé des professionnels de santé¹⁰¹.

[152] Les actions de prévention primaire permettent de sortir de la logique du « tout soin » et de d'enrichir le métier en laissant une place plus importante au rôle propre des soignants. Les démarches d'aller vers les patients pour leur proposer des actions de prévention primaire relèvent d'une autre approche que celle du soin à vocation curative. En cela, elles contribuent à enrichir le métier exercé par des professionnels de santé qui font régulièrement état d'une perte de sens dans les gestes qu'ils pratiquent. Le fait de sortir d'un rôle prescrit et de pouvoir exercer dans le cadre de leur rôle propre constitue un facteur d'attractivité du métier.

[153] L'efficacité de la démarche MECC est par ailleurs démultipliée auprès des patients quand les messages leur sont délivrés par des professionnels de santé qui les ont reçus eux-mêmes préalablement et ont fait évoluer en conséquence leurs comportements.

Recommandation n°4 Cibler les personnels des établissements parmi les destinataires des mesures de prévention dans une double optique de santé des soignants et d'attractivité de leurs métiers

[154] L'exemple de ce qui a été amorcé au CHU d'Angers montre l'intérêt d'actions en direction de publics distincts dont les professionnels de santé.

[155] Au sein du CHU d'Angers, une direction fonctionnelle prévention, santé publique et relations ville-hôpital a été créée en janvier 2021 qui est à l'origine d'une feuille de route prévention comportant un certain nombre d'actions en lien avec la prévention primaire. Déclenchées en effet à l'occasion d'un entretien entre un professionnel de santé et une patiente, elles permettent un repérage précoce puis une orientation dans le cadre d'un parcours qui vise à traiter d'autres déterminants de santé que ceux qui ont motivé l'entretien initial.

- C'est le cas des femmes enceintes et des jeunes mamans au travers d'une série d'entretiens (entretien prénatal précoce, consultation de dépistage et de prévention prénatale précoce, entretien post-natal précoce) organisés au CHU pour identifier d'éventuelles fragilités physiques (ex. obésité, addictions), psychologiques, sociales et proposer un accompagnement adapté par des professionnels à l'hôpital ou en ville¹⁰² ;

¹⁰¹ Alexis Bataille-Hembert, Marine Crest-Guilluy, Philippe Denormandie : « Rapport sur la santé des professionnels de santé », octobre 2023, notamment l'axe n°4 : « Organiser pour tous les professionnels de santé un accès et une offre de prévention et de soins. ».

¹⁰² Une équipe transversale d'accompagnement en psychiatrie périnatale (ETAPP) a été créée à cet effet. Commune au CHU et au centre de santé mentale angevins, elle est composée au CHU d'une infirmière, d'une sage-femme, d'une pédopsychiatre et d'une assistante socioéducative.