

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

RAPPORT

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. Prévus 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.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandations	Priorité	Autorité responsable	Échéance
1	Créer une ligne « dépenses de prévention primaire des établissements de santé » au sein de l'objectif de santé publique	2	DGOS DSS DB	décret en Conseil d'État 2024
2	Cibler le financement sur les actions de prévention primaire portant sur les quatre déterminants de santé suivants : tabac, alcool, alimentation, activité physique	1	DGOS DGS	PLFSS 25
3	S'adresser à tous les publics dans le déploiement des interventions très brèves, 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	1	ARS, établissements de santé	2025
4	Cibler les personnels des établissements soignants parmi les destinataires des mesures de prévention dans une double optique de santé des soignants et d'attractivité de leurs métiers	1	ARS, établissements de santé	2025
5	Mettre en place un mécanisme de financement pérenne des actions de prévention primaire, sous réserve des résultats des évaluations, avec en cible un modèle de versement automatique des financements, sans recours à des appels à candidature ou à projets.	1	DGOS DSS	PLFSS 2025
6	Mettre en place un dispositif d'échange d'informations (dans le respect du RGPD) sur le parcours de prévention du patient entre les différents acteurs de santé, en particulier entre les médecins de ville et l'hôpital	2	DGOS , DSS CNAM	2026
7	Mobiliser les collectivités territoriales en tant que partenaires des établissements de santé dans l'accompagnement des actions de prévention primaire	2	ARS, établissements de santé	2025
8	Prévoir un déploiement du schéma de financement en deux temps (2025 pour les pilotes puis 2026-2027)	1	DGOS	2025, 2026, 2027
9	Développer en phase pilote un outil basique de recueil et de suivi des actions de prévention	2	DGOS DGS	2025
10	Installer un comité scientifique ayant pour mission d'élaborer les contenus de formation	1	DGOS	2024
11	Prévoir un dispositif de formation adapté selon le profil des personnels impliqués (animateurs, relais, acteurs de la prévention)	1	DGOS	2025

n°	Recommandations	Priorité	Autorité responsable	Échéance
12	Confier au comité scientifique la mission d'évaluation du dispositif MECC mis en œuvre comprenant la définition d'indicateurs de santé publique	1	DGOS	2024
13	Confier la gouvernance nationale du modèle de financement au conseil économique de l'hospitalisation publique et privée (CEHPP) et le pilotage du déploiement territorial aux ARS	2	DGOS ARS	2025

SOMMAIRE

SYNTHÈSE.....	2
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	4
RAPPORT	9
INTRODUCTION.....	9
1 L’INTERET DE LA PREVENTION PRIMAIRE POUR AMELIORER L’EFFICIENCE DES SYSTEMES DE SANTE FAIT CONSENSUS	11
1.1 LA PREVENTION PRIMAIRE SE DEFINIT PAR RAPPORT A UN EVITEMENT DE LA MALADIE AVEC UN OBJECTIF DE REDUCTION DE LA MORBIDITE ET DE LA MORTALITE EVITABLE	11
1.2 LA REDUCTION DE LA MORBIDITE ET DE LA MORBIDITE EVITABLES A UN IMPACT DIRECT SUR LA REDUCTION DU NOMBRE DE PATIENTS EN AFFECTIONS DE LONGUE DUREE (ALD) ET LA MAITRISE DES DEPENSES DE SANTE.....	12
1.3 LA DELIVRANCE DE MESSAGES DE PREVENTION PRIMAIRE PENDANT LA PERIODE PRECONCEPTIONNELLE ET LA GROSSESSE JOUE UN ROLE MAJEUR POUR LA SANTE DE LA FEMME ENCEINTE ET POUR DIMINUER LA MORBI-MORTALITE DES NOUVEAU-NES	14
1.3.1 <i>L’alimentation joue un rôle pour la femme enceinte et dans les trajectoires de vie en bonne santé de l’enfant.....</i>	<i>14</i>
1.3.2 <i>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.....</i>	<i>15</i>
1.4 L’OMS CONFIRME L’IMPACT DE LA PREVENTION PRIMAIRE SUR LA MAITRISE DES DEPENSES DE SANTE AVEC DES RESULTATS POTENTIELS QUI PEUVENT SE SITUER DANS LE COURT TERME	15
2 LES EFFORTS EN MATIERE DE PREVENTION, ET SPECIFIQUEMENT DE PREVENTION PRIMAIRE, NE SONT TOUJOURS PAS A LA HAUTEUR DES ENJEUX.....	17
2.1 LE « VIRAGE DE LA PREVENTION » EST AFFICHE COMME UNE PRIORITE DEPUIS DE NOMBREUSES ANNEES	17
2.2 MALGRE LES DIFFICULTES A CERNER LES DEPENSES DE PREVENTION, ELLES PEUVENT EN PREMIERE APPROCHE ETRE ESTIMEES A MOINS DE 0,5 % DES DEPENSES HOSPITALIERES	18
3 LES ETABLISSEMENTS DE SANTE CONSTITUENT UN MAILLON ESSENTIEL, AUX COTES D’AUTRES ACTEURS, POUR IMPULSER DES COMPORTEMENTS PLUS FAVORABLES A LA SANTE.....	20
3.1 CERTAINES STRUCTURES SONT TOURNEES MAJORITAIREMENT VERS LA PREVENTION, LE ROLE D’AUTRES ACTEURS APPARAISSANT ANCRE DANS LE DOMAINE CURATIF ET EVOLUANT VERS UN MIX CURATIF / PREVENTIF.....	21
3.2 LE ROLE DES COLLECTIVITES TERRITORIALES APPARAIT EGALEMENT ESSENTIEL	22
3.3 LE HCSP SOULIGNE QUE LES ETABLISSEMENTS DE SANTE ONT UN ROLE A JOUER EN TERME DE PREVENTION.	23
4 ADOSSEE A UN MODELE DE FINANCEMENT QUI DOIT ETRE CIBLE ET PERENNE, L’APPROCHE MAKING EVERY CONTACT COUNT DOIT CONTRIBUER A UN ANCRAGE DE LA PREVENTION PRIMAIRE DANS LES PRATIQUES DES ETABLISSEMENTS DE SANTE	24

4.1	<i>MAKING EVERY CONTACT COUNT (MECC) REPOSE SUR UN CHANGEMENT DE POSTURE DES ETABLISSEMENTS ET DES SOIGNANTS</i>	24
4.2	<i>POUR DONNER PLEIN EFFET A LA DEMARCHE MECC, LE NOUVEAU MODELE DE FINANCEMENT DOIT VISER DES ACTIONS PROBANTES EN CIBLANT CERTAINS DETERMINANTS DE SANTE</i>	27
4.2.1	<i>De nombreuses publications montrent le caractère probant de MECC</i>	27
4.2.2	<i>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.</i>	28
4.2.3	<i>La démarche MECC est une démarche intégrée à la prise en charge des patients qui nécessite une formation des soignants.</i>	30
4.2.4	<i>Les évaluations dont on dispose vont dans le sens d'un impact positif de MECC sur la baisse des dépenses des santé.</i>	30
4.2.5	<i>Agir sur les quatre déterminants précités a un impact global sur l'amélioration de la santé de la population</i>	34
4.3	<i>LES ACTIONS FINANCEES AU TITRE DU NOUVEAU MODELE DE FINANCEMENT COMBINENT UNIVERSALISME PROPORTIONNE ET CIBLAGE DES PUBLICS, AVEC UNE ATTENTION PARTICULIERE POUR LE PERSONNEL SOIGNANT</i>	35
4.3.1	<i>Une réduction attendue des inégalités sociales par un modèle d'aller vers à l'envers</i>	36
4.3.2	<i>Une attention particulière à apporter aux femmes enceintes</i>	37
4.3.3	<i>L'intérêt de faire bénéficier de ces actions au personnel des établissements de santé où elles sont mises en place</i>	38
4.4	<i>LES ACTIONS DOIVENT ETRE FINANCEES SANS APPEL A PROJET, DE FAÇON PERENNE, SOUS RESERVE DES RESULTATS DE LEURS EVALUATION, ET S'ADRESSER AUX ETABLISSEMENTS QUEL QUE SOIT LEUR STATUT...</i>	39
4.5	<i>LA REPETITION DES MESSAGES PAR DES ACTEURS DIFFERENTS FAIT PARTIE DES FACTEURS DE SUCCES DES POLITIQUES DE PREVENTION</i>	39
4.5.1	<i>MECC constitue un maillon essentiel qui va agir en synergie avec la démarche « Mon bilan prévention » par la nature des messages portés</i>	39
4.5.2	<i>La démarche MECC, telle qu'elle est développée au Royaume-Uni, incite fortement à un renforcement des partenariats avec les collectivités territoriales</i>	41
5	LES VARIATIONS CONSTATEES PAR DEPARTEMENT DANS LES PREVALENCES D'ALD STANDARDISEES SUR L'AGE ET SUR LE SEXE CONFIRMENT LA NECESSITE D'UN DISPOSITIF COMBINANT IMPULSION NATIONALE ET ACTIONS ADAPTEES AUX BESOINS DES TERRITOIRES	42
5.1	<i>UN SOUCI DE TRANSPARENCE IMPLIQUE QUE LES MODALITES DE FINANCEMENT SOIENT DEFINIES AU NIVEAU NATIONAL</i>	42
5.2	<i>DANS SA DECLINAISON, IL CONVIENT D'ADAPTER LA REFORME AUX BESOINS DANS LE CADRE D'UNE TERRITORIALISATION QU'IL APPARTIENT AUX ARS D'ORGANISER</i>	43
6	LA MISE EN PLACE DES ACTIONS DE PREVENTION AU TITRE DE MECC IMPOSE UN EFFORT DE FORMATION, UN OUTILLAGE ET UN ACCOMPAGNEMENT FINANCIER SPECIFIQUES DANS LE CADRE D'UNE GENERALISATION D'ICI 2027	46
6.1	<i>IL EST PROPOSE DE DEPLOYER LA DEMARCHE EN DEUX TEMPS AVEC UNE PHASE PILOTE EN 2025 ET UNE GENERALISATION ENTRE 2026 ET 2027</i>	46
6.2	<i>LE DEPLOIEMENT DE MECC SUPPOSE UNE FORMATION DES PERSONNELS DE SANTE IMPLIQUES</i>	48
6.3	<i>UN FINANCEMENT SYSTEMIQUE, INCITATIF ET PROGRESSIF EST NECESSAIRE POUR METTRE EN ŒUVRE LES MESURES DE PREVENTION PRIMAIRE</i>	50

6.4	UN DISPOSITIF D’EVALUATION EMBARQUEE EST REQUIS DES LA PHASE PILOTE	51
6.4.1	<i>Des indicateurs de déploiement du dispositif</i>	<i>51</i>
6.4.2	<i>Des indicateurs de santé publique allant jusqu’aux résultats</i>	<i>51</i>
6.5	LE NOUVEAU MODELE DE FINANCEMENT NE PEUT ETRE MIS EN PLACE SANS UNE GOUVERNANCE APPROPRIEE.....	52
	ANNEXES	53
	ANNEXE 1 : PRESENTATION DE LA DEMARCHE MAKING EVERY CONTACT COUNT	53
	ANNEXE 2 : COMPARAISONS INTERNATIONALES	69
	ANNEXE 3 : REPONSES DES ARS AU QUESTIONNAIRE DE LA MISSION SUR LES ACTIONS DE PREVENTION PRIMAIRE	76
	ANNEXE 4 : PLAN DE FINANCEMENT DES ACTIONS DE PREVENTION PRIMAIRE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE	80
	ANNEXE 5 : PROJET DE CAHIER DES CHARGES A DESTINATION DES ARS.....	84
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	96
	SIGLES UTILISES	108
	LETTRE DE MISSION	110

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
		Forfaits (MRC, greffe, PO, FAI)
	Nouveaux objectifs de santé publique	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

²Articles 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 Jamoulle 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 cardiovasculaires (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 concernent 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 environnementales.²²

[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. fffhal-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 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

2 Les efforts en matière de prévention, et spécifiquement de prévention primaire, ne sont toujours pas à la hauteur des enjeux

2.1 Le « virage de la prévention » est affiché comme une priorité depuis de nombreuses années

[51] L'expression « virage de la prévention » est souvent utilisée pour caractériser la réorientation du système de santé des activités de soins vers davantage d'actions de prévention mais cette réorientation peine à s'imposer dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé qui la rend pourtant encore plus nécessaire.

[52] La loi de modernisation de notre système de santé de 2016³¹ comporte ainsi un premier axe (« Innover pour mieux prévenir ») consacré aux mesures de prévention³². Cependant, ces mesures ne visent pas le développement d'actions de prévention primaire en établissement de santé. Cadre de la politique de santé publique en France, la stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022³³ est présentée par le Gouvernement en décembre 2017. Déclinant quatre axes, la SNS prévoit pour le premier d'entre eux la mise en place d'une politique visant à promouvoir les comportements (alimentation saine, activité physique régulière, prévenir les pratiques addictives, etc.) et conditions de vie favorables à la santé et à mobiliser les outils de prévention du système de santé. Est prévu à ce dernier titre de développer une politique de repérage, de dépistage des cancers et de prise en charge précoces des pathologies chroniques. Sont annoncées notamment des expérimentations d'actions de prévention des risques cardiovasculaires s'appuyant sur un accompagnement au changement d'habitudes de vie chez les personnes à risque.

[53] Si la SNS consacre une ambition en matière de prévention, le HCSP regrette dans son avis préalable du 29 novembre 2017 que n'y figurent pas des perspectives opérationnelles, des calendriers et des moyens de financement. Pour apporter des réponses à ces constats, le comité interministériel pour la santé présente le plan national de santé publique en mars 2018³⁴. Baptisé « Priorité prévention » et couvrant l'ensemble des âges de la vie et situations (petite enfance, enfants et jeunes, adultes, personnes en situation de handicap, seniors), il comporte 25 mesures phare visant à obtenir un environnement favorable à la santé et financées dans le projet de loi de

³¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

³² Mesure 1 : déployer un parcours éducatif en santé, de la maternelle au lycée- Mesure 2 : désigner un médecin traitant pour les enfants (jusqu'à 16 ans) - Mesure 3 : renforcer l'information nutritionnelle sur les emballages alimentaires - Mesure 4 : réduire les phénomènes d'alcoolisation massive chez les jeunes - Mesure 5 : lutter activement contre le tabagisme - Mesure 6 : améliorer le dépistage des infections sexuellement transmissibles - Mesure 7 : encourager la réduction des risques chez les usagers de drogues.

³³ La stratégie nationale de santé est prévue par la loi de 2016 de modernisation de notre système de santé et le décret n°2016-1621 du 28 novembre 2018 relatif à la stratégie nationale de santé. Elle permet de définir le cadre des politiques de santé de manière pluriannuelle, en identifiant « des domaines d'action prioritaires et des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie » (article L. 1411-1-1). Elle est suivie et évaluée chaque année, et les résultats sont rendus publics.

³⁴ « Priorité prévention » : rester en bonne santé tout au long de sa vie

financement de la sécurité sociale (PLFSS) à hauteur de 400 millions d'euros sur 5 ans. L'objectif visé est de développer une culture de la prévention en santé partagée par tous les Français.

[54] Dans le détail, peu de ces mesures font intervenir les établissements de santé, hormis la diffusion de messages clefs en direction des femmes enceintes sur la détection des comportements à risques (alcool, tabac, cannabis) ou l'orientation des jeunes admis aux urgences ou hospitalisés après un épisode d'alcoolisation massive vers un accompagnement spécialisé.

[55] En juillet 2018, le HCSP opère un recentrage en mettant l'accent sur le rôle des offreurs de soins, parmi lesquels les établissements de santé, en tant qu'acteurs de la prévention en lien avec les autres opérateurs de leur territoire. Huit missions de prévention sont ainsi identifiées³⁵ dont l'une porte sur la prévention systématisée et personnalisée et une autre sur l'orientation/adressage. Aux yeux du HCSP, ces deux missions apparaissent essentielles pour une dynamique de changement de comportement éclairée par des informations fiables.

[56] Pourtant, sur le plan des résultats, la Cour des comptes estime en 2021 que ceux de la France enregistrés entre 2015 et 2019 sont « médiocres en matière de prévention des principales pathologies (diabète, les cancers et les maladies neuro-cardio-vasculaires) malgré un effort financier important »³⁶.

[57] La crise Covid contribue à renforcer l'importance de la prévention dans le système de santé, le confinement et les gestes barrières étant pendant tout un temps les principaux moyens de faire face à cette pandémie.

[58] Entre 2022 et 2024, la prévention figurait explicitement dans l'intitulé du ministère de la santé pour concrétiser l'ambition affichée.

2.2 Malgré les difficultés à cerner les dépenses de prévention, elles peuvent en première approche être estimées à moins de 0,5 % des dépenses hospitalières

[59] Au sein des dépenses liées au financement de la prévention, il convient de distinguer :

- Les **dépenses liées à la prévention institutionnelle** estimées par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé à 12,7 Mds€ en 2022. La prévention institutionnelle correspond aux dépenses financées ou organisées par les fonds et les programmes nationaux ou territoriaux. Sont recensées à ce titre celles relatives à la médecine scolaire, à la médecine du travail, aux programmes de prévention du ministère chargé de la santé (ex. campagnes d'information) et celles au titre de 3 fonds financés par l'assurance maladie (fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires / FNPEIS, fonds d'intervention régional / FIR, fonds de la lutte contre les addictions / FCLA, voir *infra*). Cet agrégat inclut également les dépenses liées au COVID-

³⁵ Ces huit missions sont la prévention systématisée et généralisée, l'orientation et l'adressage, le repérage et le signalement, le relais d'évènements nationaux, la politique partenariale, la promotion de la santé des professionnels de santé, le suivi de la politique de prévention et la recherche interventionnelle.

³⁶ La politique de prévention en santé, Cour des comptes, décembre 2021

19 (dépistage, vaccination). Les dépenses de dépistage en dehors des grands programmes nationaux ne sont pas comptabilisées au titre de la prévention institutionnelle.

- 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
- Les dépenses liées à la **prévention non institutionnelle** correspondant, entre autres, à celles engagées dans le cadre de séjours ou de consultations à l'hôpital, de consultations en ville ou liées à l'ensemble des produits de santé à vocation préventive (médicaments et dispositifs médicaux). Si celles-ci ne sont pas isolées en tant que telles au sein d'un autre agrégat qui les inclut et qui porte sur la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)³⁸, la Cour des comptes estime qu'en 2016, elles représentent 60 % du total des dépenses consacrées à la prévention contre 40 % pour celles liées à la prévention institutionnelle³⁹. Dans ces conditions, en appliquant ce ratio qui n'a pas été actualisé depuis lors, ces dépenses liées à la prévention non institutionnelle représenteraient en 2022 un montant total évalué à 19 Mds€. En 2016, le poids des dépenses hospitalières publiques

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 autres dispositifs médicaux.

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

et privées dans ce montant étant estimé à 5,5 %⁴⁰ par l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES)⁴¹, les dépenses hospitalières consacrées à la prévention représenteraient 1,04 Md€ en 2022.

[60] Ces dépenses incluent une partie des crédits versés par les ARS au titre de missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation (MIGAC) : en 2022, les établissements de santé publics et privés ont par exemple perçu 7,33 M€ pour le financement d'actions portant sur la prévention de la mortalité périnatale et le financement d'emplois de psychologues ou d'assistantes sociales dans les services de soins prévus par les plans nationaux de santé publique.

Les sources de financement des actions de prévention institutionnelle et non institutionnelle engagées dans le champ MCO par les établissements de santé se concentrent sur des fonds d'intervention (FLCA, FIR) et des dotations MIG

[61] Au total et d'après ces calculs estimatifs, les établissements de santé publics et privé auraient dépensé 1,07 Md€ en 2022 au titre des actions de prévention, ce qui représente approximativement 0,43 % de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) exécuté pour les établissements de santé et 3,4 % des dépenses de prévention⁴².

[62] En première analyse, la France consacrerait donc moins de 0,5 % des dépenses hospitalières à la prévention. Pour être lapidaire, ce constat mériterait d'être étayé par des données plus fiables et actualisées. Dans son rapport de 2021, la Cour des comptes rappelait qu'en 2011 et 2017, elle avait invité à la création d'un sous-objectif de l'ONDAM sur le suivi des dépenses consacrées à la prévention. S'inspirant de cette proposition en constatant qu'elle n'a pas été mise en œuvre et afin d'impulser une dynamique dans ce domaine, la mission recommande dans un premier temps une autre présentation dans le cadre de la refonte de la nomenclature budgétaire.

Recommandation n°1 Créer une ligne « dépenses de prévention primaire des établissements de santé » au sein de l'objectif de santé publique

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 précisait 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/upm-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 de 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 Epidémiol Hebd.* 2017;(13):234-41. <http://invs.santepublique>

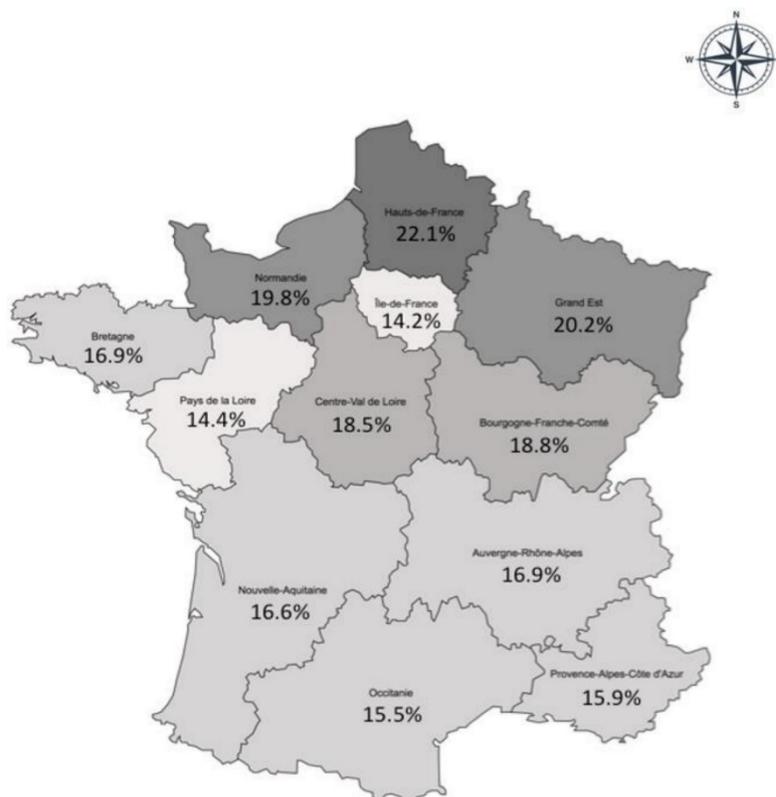
l'ensemble de la population adulte. Pour les enfants de 6 à 17 ans, en 2015, la prévalence du surpoids (obésité incluse) était estimée à 17 %, dont 4 % d'obèses.

[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 (BMI \geq 30kg/m²)



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 foétale 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 advise 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 évènement 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.

- Un repérage systématique du statut tabagique est également réalisé auprès des patients admis en hospitalisation complète à l'occasion d'un entretien avec un professionnel de santé suivi le cas échéant de la prescription de substituts nicotiniques et / ou de l'orientation vers l'équipe de l'unité de coordination de tabacologie du CHU dans le cadre d'une consultation spécialisée¹⁰³.

4.4 Les actions doivent être financées sans appel à projet, de façon pérenne, sous réserve des résultats de leurs évaluations, et s'adresser aux établissements quel que soit leur statut

[156] **Dans une logique de simplification administrative** pour les établissements et les ARS qui ont fait part à la mission des lourdeurs administratives liées à leur traitement, il est proposé de sortir en cible du système des appels à projets (AAP), qui ne sont pas pertinents compte tenu du caractère systémique de la réforme. Le financement doit être dédié et pérenne, mais dans le cadre d'un dispositif dont l'évaluation du déploiement et des résultats est prévue dès sa conception.

[157] La **pérennité des financements** et l'absence d'une possibilité de retour en arrière, sauf du fait des **résultats de l'évaluation**, sont des conditions *sine qua non* de déploiement du nouveau modèle. Il ressort très clairement des échanges avec les ARS et les établissements de santé que la logique d'allocation de crédits non pérennes nuit à l'inscription dans le temps des actions financées et contribue au saupoudrage des financements. Elle repose en outre sur une logique de prise en charge des seuls coûts marginaux générés par la nouvelle activité prise en charge sans prévoir de couverture des frais de structure estimés par un CHU et une ARS à 25 % des charges d'un établissement.

Recommandation n°5 Mettre en place un mécanisme de financement pérenne des actions de prévention primaire, sous réserve des résultats des évaluations, avec en cible un modèle de versement automatique des financements, simplifiés par l'absence de recours à des appels à candidature ou appels à projets.

4.5 La répétition des messages par des acteurs différents fait partie des facteurs de succès des politiques de prévention

4.5.1 MECC constitue un maillon essentiel qui va agir en synergie avec la démarche « Mon bilan prévention » par la nature des messages portés

[158] La généralisation en 2024 des entretiens de bilan prévention financés par l'assurance maladie s'inscrit dans la même logique d'un virage préventif porté par l'ensemble des acteurs. L'organisation de ces bilans en ville permet ainsi un renforcement réciproque des actions à mener et constitue une opportunité d'orientation des patients repérés en établissements de santé. Il

¹⁰³ Cette initiative s'inscrit dans le cadre de l'initiative « lieu de santé sans tabac » animée par le réseau de prévention des addictions (RESPADD)

s'agit là d'une redondance assumée qui nécessite pour être efficace une information réciproque des acteurs au niveau national.

Présentation du bilan prévention

Annoncé par le Président de la République en 2022, Mon Bilan Prévention, s'adresse au patient âgé entre 18 et 25 ans, 45 et 50 ans, 60 et 65 ans, 70 et 75 ans. Intégralement pris en charge par l'assurance maladie, il organise un temps d'échange entre celui-ci et son médecin, une sage-femme, un infirmier ou un pharmacien pour faire le point sur ses habitudes de vie (consommation de tabac, d'alcool, sommeil, santé sexuelle) et bénéficier de conseils sur les comportements à observer.

Précédé par le remplissage d'un auto-questionnaire disponible sur Mon Espace Santé, l'entretien est prévu de durer entre 30 et 45 minutes et doit se conclure par le remplissage d'un plan personnalisé de prévention contenant des actions concrètes à développer avec, le cas échéant, une orientation ultérieure vers un spécialiste. Le plan personnalisé de prévention est transmis au médecin traitant (s'il n'a pas réalisé le bilan).

[159] La CNAM et l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS) ont manifesté un intérêt certain pour le projet de déploiement de la démarche MECC que la mission leur a présentée. Par ailleurs, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui ont vocation à mailler l'ensemble du territoire national ont pour objet de développer des actions de prévention au cœur de leur projet de santé ; l'ampleur de ces actions est cependant à ce jour encore très variable¹⁰⁴. Mais surtout, le médecin de ville doit pouvoir être informé de ce qui a été réalisé en établissement de santé à l'attention de sa patientèle. Dans l'attente du déploiement de Mon espace santé, la lettre de sortie constitue à ce jour l'outil le plus approprié. Elle pourrait contenir des informations sur le repérage de telle pathologie et une indication sur le suivi à opérer.

Recommandation n°6 Mettre en place un dispositif d'échange d'informations (dans le respect du règlement général sur la protection des données / RGPD) sur le parcours de prévention du patient entre les différents acteurs de santé, en particulier entre les médecins de ville et l'hôpital

[160] Au-delà du seul bilan de prévention, le déploiement de la démarche MECC ne signifie pas qu'il est mis fin aux autres initiatives déjà engagées en matière de prévention primaire.

[161] Même si celles-ci ne sont pas très répandues dans les établissements de santé, elles doivent subsister. Ce doit par exemple être le cas des actions reposant sur le repérage précoce et

¹⁰⁴ Rapport "Tour de France des CPTS" du Dr Marie-Hélène Certain et de MM. Albert Lautman et Hugo Gilardi, juin 2023.

l'intervention brève (RPIB) qui sont outillées par la haute autorité de santé (HAS)¹⁰⁵ et font l'objet de financements par l'INCA¹⁰⁶.

[162] C'est également le cas des actions qui reposent sur une continuité entre l'hôpital et la ville qui peut aller jusqu'à la prise de rendez-vous dans des cabinets de radiologie, l'organisation du transport sanitaire et le suivi des examens réalisés en ville par les équipes du CHU d'Angers s'agissant de patientes précaires.

[163] Pour voir leur efficacité augmentée, les actions engagées au titre de MECC doivent également s'appuyer sur d'autres acteurs (collectivités territoriales au premier chef, autres services de l'État tels que l'Éducation nationale, organismes sociaux, associations, ...) qui vont déployer en aval des dispositifs de proximité en faveur des populations. Sur la base d'une cartographie des ressources locales qui pourra être impulsée (ou étayée) par l'acteur désigné pour la coordination du programme MECC, les orientations du patient pourront ainsi être directement réalisées par le professionnel de l'établissement de santé (à l'instar des prises de rendez-vous réalisées à Angers ou en ayant recours à des applications internet ou sur téléphones mobiles à concevoir afin de faciliter le parcours usager).

4.5.2 La démarche MECC, telle qu'elle est développée au Royaume-Uni, incite fortement à un renforcement des partenariats avec les collectivités territoriales

[164] Des partenariats peuvent se nouer entre les collectivités territoriales et les établissements de santé à l'instar de celui qui lie la ville, la métropole et les Hospices civils de Lyon (HCL) dans le cadre du contrat local de santé ou d'actions ciblées qui portent sur le lien entre handicap et précarité ou l'activité physique adaptée.

[165] Disposer d'un lieu d'aval permettant une orientation des patients nécessitant la pratique d'une activité physique adaptée constitue en effet un atout pour l'efficacité de la démarche.

¹⁰⁵ Ces actions reposent sur des outils reposant sur des questionnaires permettant d'évaluer de façon précoce chez des adultes la consommation d'alcool, de tabac ou de cannabis (par ex. « combien de verres d'alcool / de cigarettes de tabac ou de cannabis consommez-vous par jour ? »), d'apporter des éléments de comparaison, d'en évaluer le risque, de proposer une intervention brève aux consommateurs à risque et d'organiser un accompagnement durable pour favoriser la réduction ou l'arrêt de ces consommations.

¹⁰⁶ Par exemple le dispositif « CliniCAP » en réponse à un appel d'offres de l'INCA : développé par le CHU de Rennes, l'école des hautes études en santé publique (EHESP) et en partenariat avec l'Institut national de recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement (INRAE), il repose sur le recours à une tablette numérique pour évaluer la consommation d'alcool, mesurer l'activité physique, détailler l'alimentation. Un score est déterminé (avec une couleur – vert, orange, rouge - attribuée en fonction de l'ampleur de la consommation). Une comparaison est alors faite avec un groupe de référence. Une discussion peut ensuite s'engager avec le recours à un tabacologue ou à un diététicien voire sur la prescription d'un examen du foie. Un autre dispositif est déployé dans le département de l'Ille-et-Vilaine qui repose sur une démarche d'aller vers. Financé par l'ARS et le centre de lutte contre le cancer Eugène-Marquis, « Cémonbus » est un bus qui sillonne le département et permet aux habitants de rencontrer des professionnels pour évoquer les risques de cancer, de surpoids, les problèmes cardiovasculaires ou le diabète.

[166] La rencontre de la mission avec le président du groupe santé de la commission solidarité santé travail solidarité de Départements de France montre l'importance des partenariats à nouer dans ce domaine.

[167] Les déterminants de santé peuvent sortir du champ sanitaire d'où l'importance, pour les établissements de santé de connaître et de faire connaître les actions des collectivités territoriales en matière de prévention et de présenter les actions mises en œuvre dans ce domaine par les établissements de santé. Cela permet notamment de faciliter par exemple l'utilisation des infrastructures sportives dans le cadre de programmes de promotion de l'activité physique adaptée mis en œuvre par les collectivités territoriales ou encore d'accompagner la démarche MECC en l'articulant avec des programmes de lutte contre l'obésité tout en promouvant les circuits courts et l'alimentation saine.

[168] Cette réforme est l'occasion d'une information mutuelle sur de grands axes de coopération retenus dans le champ des déterminants, en soulignant le rôle de chacun dans le parcours de prévention et d'un renforcement des coopérations et complémentarités dans ces domaines. Les collectivités territoriales peuvent s'inscrire en relais des actions engagées par les établissements de santé comme présenté ci-dessus. Mais d'autre type de coopérations peuvent être trouvées, dans le cadre d'outils existants présentés plus haut ou de modalités à mettre en œuvre, par exemple dans le domaine des formations.

Recommandation n°7 Mobiliser les collectivités territoriales en tant que partenaires des établissements de santé dans l'accompagnement des actions de prévention primaire

5 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

5.1 Un souci de transparence implique que les modalités de financement soient définies au niveau national

[169] La réforme de financement des établissements de santé comprenant un financement sur objectifs de santé publique est un signal fort qui leur est donné. Il est attendu un changement de nature systémique en accroissant la part de financement consacrée à la prévention primaire et en valorisant la prévention comme une composante du financement des établissements de santé MCO et HAD, au même titre que le soin, permettant ainsi d'aller vers un abord plus global des malades.

[170] De même que la mise en place de la tarification à l'activité a contribué à davantage de transparence sur les modalités de financement des établissements de santé, le modèle de financement doit être partagé avec les acteurs et ses modes de calcul explicités.

[171] La mission ne préconise toutefois pas de s'orienter vers un système de financement automatique, les spécificités territoriales devant pouvoir être prise en compte.

5.2 Dans sa déclinaison, il convient d'adapter la réforme aux besoins dans le cadre d'une territorialisation qu'il appartient aux ARS d'organiser

[172] S'agissant d'une réforme visant le financement des établissements de santé, il appartient aux ARS d'organiser cette complémentarité entre acteurs de la prévention. Cela suppose la prise en compte de l'ensemble des acteurs impliqués mais en laissant une souplesse organisationnelle pour respecter la réalité de fonctionnement des instances selon les régions. L'objectif est d'obtenir cette synergie entre acteurs pour le bénéfice des usagers qui devront être associés à la mise en œuvre de ces démarches.

[173] Dans le cadre du suivi des PRS et des feuilles de route territoriales, il appartiendra aux ARS d'assurer le suivi et la bonne coordination de l'axe prévention entre les différents acteurs.

[174] Cette logique territoriale est parfaitement cohérente avec les données de l'assurance maladie pour 2024 montrent des disparités territoriales majeures dans le recours au dispositif des ALD¹⁰⁷.

[175] « La Haute Savoie (17,6 %), le Maine et Loire (18,0 %), les Hauts de Seine (18,0 %), la Savoie (18,2 %) et Paris (18,2 %) sont les cinq départements avec la prévalence standardisée la plus faible. A l'inverse, la Seine Saint Denis (23,3 %), la Haute Corse (23,2 %), la Guadeloupe (23,3 %), la Réunion (22,6 %) et le Pas de Calais (22,5 %), sont les cinq départements avec les taux standardisés les plus élevés ».

[176] L'étude précise en outre que « ces prévalences peuvent varier selon les ALD mais également selon les caractéristiques des patients eux-mêmes : ainsi, après standardisation sur l'âge et le sexe, la prévalence de personnes en ALD parmi les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) gratuite de moins de 70 ans est de 16,1 % et de 29,6 % pour les bénéficiaires de la C2S participative alors qu'elle est de 12,4 % pour la population générale du régime général (hors C2S) en 2022 ».

[177] Le développement d'actions de prévention primaire doit contribuer à la réduction des inégalités territoriales.

[178] Les ARS ont fait de la prévention une de leurs orientations stratégiques, comme le montre l'encadré ci-dessous.

¹⁰⁷ Gonzague Debeugny, Dimitri Lastier. Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée (ALD) en 2022. Points de repère n° 54. Juillet 2024.

Extraits d'orientations des projets régionaux de santé (PRS) sur la prévention primaire¹⁰⁸

Finalisés en octobre 2023 par les ARS, tous les PRS de nouvelle génération font figurer parmi leurs priorités territoriales la structuration d'une politique de prévention autour de certains objectifs de santé publique ou de pratiques médicales :

- AUVERGNE RHONE ALPES : agir sur les déterminants des conduites addictives
- BOURGOGNE FRANCHE COMTE : poursuivre les formations adaptées aux besoins des professionnels de santé et patients
- BRETAGNE : soutenir l'appropriation des outils de prévention par les professionnels de santé
- COLLECTIVITE DE CORSE : lutter contre les troubles du comportement alimentaire
- CENTRE VAL DE LOIRE : mettre 85 % du poids de la prévention dans la baisse de la mortalité prématurée contre 15 % pour le soin
- GRAND EST : améliorer la coordination des acteurs de l'écosystème autour de la prévention et de la promotion de la santé
- GUADELOUPE : développer une approche populationnelle de la prévention
- GUYANE : renforcer les programmes de nutrition en santé et les programmes d'activités physiques adaptées
- HAUTS-DE-FRANCE : renforcer l'intégration de la prévention dans les pratiques quotidiennes des soignants
- ILE-DE-FRANCE : lutter contre les conduites addictives
- LA REUNION : introduire la prévention dans le quotidien des Réunionnais
- MARTINIQUE : renforcer les dispositifs de prévention primaire, secondaire et tertiaire
- MAYOTTE : lutter contre la prévalence croissante de l'obésité et des autres maladies chroniques majeures associées
- NORMANDIE : renforcer le savoir-faire en matière de prévention et de promotion de la santé de tous les acteurs intervenant auprès des enfants et des adolescents
- NOUVELLE-AQUITAINE : refonder la politique de prévention pour renforcer son efficacité
- OCCITANIE : poursuivre la mobilisation de tous en agissant sur les principaux déterminants de santé, notamment du cancer et des maladies chroniques
- PROVENCE ALPES COTE D'AZUR : renforcer la mobilisation et la coordination des acteurs pour une politique de prévention ambitieuse
- PAYS DE LA LOIRE : promouvoir la santé dans toutes les politiques favorisant la réduction des inégalités de santé.

[179] Il ressort de cette présentation succincte un souci largement partagé par les ARS de mettre l'accent sur la prévention dans leurs grands objectifs. Le financement d'actions liées à MECC va contribuer à densifier le contenu de ces objectifs en matière de prévention primaire.

[180] Les ARS ont répondu par ailleurs à un questionnaire de la mission ayant pour objet de les interroger sur leur vision du cahier des charges que la mission est chargée de bâtir à leur attention.

[181] La quasi-totalité de 18 ARS répondantes n'identifie pas d'obstacle actuel au déploiement d'actions de prévention primaire en ES. Elles constatent néanmoins aujourd'hui un défaut de

¹⁰⁸ Cette restitution très synthétique n'a pas vocation à être exhaustive, mais a pour objet de donner un aperçu d'un panel d'interventions et objectifs en prévention (primaire autant que possible) sur les grands déterminants de santé, portés sur les territoires et tels que retranscrits dans le cadre des PRS formalisés par les ARS.

formation préalable des personnels soignants ainsi qu'une absence de disponibilité chez ces derniers pour réaliser ces actions, en lien avec le manque de financement des établissements de santé pour initier ces interventions auprès de leurs patients. Les ARS soulignent également les difficultés à faire la démonstration rapide des effets probants des actions engagées. Dans une perspective de généralisation de ces actions, les ARS préconisent la mise en place de financements spécifiques afin que les ES puissent dédier des personnels. Leurs autres recommandations figurent dans l'encadré ci-dessous.

Réponses des ARS au questionnaire adressé par la mission¹⁰⁹ sur leurs attentes en matière de financement des actions de prévention primaire

La quasi-totalité des ARS préconise :

- un financement pluriannuel (de préférence par le FIR pour 11 d'entre elles ou les MIG/AC) ;
- des actions ciblées sur un nombre limité de déterminants de santé ou de pathologies évitables, en lien avec le projet régional de santé (PRS) ;
- des actions concrètes, mesurables et portées tant au niveau institutionnel qu'au niveau de la gouvernance de l'ES ;
- une contractualisation resserrée sur un nombre restreint d'objectifs et d'indicateurs avec une méthodologie de suivi des projets financés ;
- l'inscription des projets dans le cadre territorial (ressources d'aval, PRS,...) ;
- un partage de l'information dans le cadre de groupes de travail thématiques régionaux.

[182] La mission a également échangé avec des directeurs de santé publique d'ARS dans le cadre d'une réunion organisée à cet effet par le secrétariat général. Cette réunion a permis un partage d'expériences. À cette occasion et compte tenu des actions de prévention secondaire actuellement déployées en ES, les ARS ont insisté sur la nécessité de la mise en place d'un dispositif de financement dédié à la prévention primaire, à la fois pérenne et traçable.

[183] La mission s'est enfin entretenue de manière plus ciblée avec plusieurs ARS¹¹⁰ qui ont mis en avant la nécessité de mettre l'accent sur le tabac et la nutrition, de travailler sur l'articulation entre les ES et la ville en s'appuyant notamment sur les CPTS et, en dernier lieu, sur l'importance de la mise en place d'indicateurs de suivi.

[184] Dans le cadre de cette réforme de financement, l'accent est mis sur la prévention primaire compte tenu de son impact sur l'amélioration de la santé publique et sur la maîtrise des dépenses de santé à court, moyen et long terme. Le modèle présenté vise à aller vers réforme systémique avec une réelle intégration de la prévention dans les pratiques professionnelles y compris à l'hôpital.

[185] Il est probable que ces changements contribuent plus largement à faire de la prévention secondaire et tertiaire des enjeux pris en compte au sein des établissements de santé hospitaliers. Les échanges de la mission avec les conférences de CME des établissements publics de santé et

¹⁰⁹ Les réponses détaillées des ARS sont présentées à l'annexe 3.

¹¹⁰ Auvergne Rhône-Alpes, Hauts de France, Ile de France, La Réunion, Nouvelle Aquitaine, Pays de Loire

des ESPIC ainsi qu'avec les conférences des directeurs d'établissement ont montré l'intérêt de s'inscrire dans ce type de démarche qui ne saurait toutefois à elle-seule résumer l'ensemble des actions entreprises au niveau d'un territoire.

[186] Les actions visées ne remettent donc pas en cause celles menées par les établissements de santé avec le soutien des ARS. Les travaux précités de la mission IGAS sur la prise en compte des preuves scientifiques d'efficacité dans les démarches de prévention et de promotion de la santé doivent contribuer à éclairer les choix réalisés en prenant en compte le caractère probant des actions.

[187] Dans le cadre de cette réforme, les ARS seront chargées de déterminer la montée en charge des actions et pourront recommander des adaptations au vu des résultats de la phase pilote.

[188] Les autres projets consécutifs à des appels d'offres des ARS gardent leur pertinence.

6 La mise en place des actions de prévention au titre de MECC impose un effort de formation, un outillage et un accompagnement financier spécifiques dans le cadre d'une généralisation d'ici 2027

6.1 Il est proposé de déployer la démarche en deux temps avec une phase pilote en 2025 et une généralisation entre 2026 et 2027

[189] La phase pilote confiée aux ARS doit permettre aux établissements de santé de se positionner sur les pôles et personnels concernés par les actions de prévention primaire en fonction des priorités des plans régionaux de santé, de leur projet d'établissement ou de leur plan de formation, mais également sur la volumétrie des interventions envisagées en fonction de leur file active de patients et de leur réseau d'aval notamment.

[190] Dans le cadre de l'appel à candidature qui sera lancé par les ARS¹¹¹, le choix du périmètre de mise en œuvre des actions de prévention primaire est laissé à l'appréciation des établissements de santé : le nombre de services et de spécialités visés est de leur ressort, de même que les catégories de personnels concernées (soignants, non soignants, administratifs, autres). Il est recommandé que la mise en place soit progressive.

[191] Afin d'adapter le modèle MECC au contexte français et permettre aux acteurs de se l'approprier à brève échéance, un déploiement en deux temps est recommandé par la mission :

- Une **phase pilote en 2025** s'appuyant sur des appels à candidatures lancés par les ARS fin 2024 : sur la base du volontariat d'une centaine d'établissements de santé (soit 5 environ par région / ARS y compris en outre-mer), le panel le plus large de porteurs de projets sera recherché afin d'ajuster les prérequis et conditions de réussite de la généralisation ;

¹¹¹ Voir annexe 5

- Une **montée en charge rapide**, sitôt pris en compte les ajustements portés en phase pilote fin 2025, avec la recherche d'un effet massifiant dès 2026 pour une généralisation à une majorité des 2 273 établissements de MCO et d'HAD sous 3 ans.

Recommandation n°8 Prévoir un déploiement en deux temps (2025 pour les pilotes puis 2026-2027) du schéma de financement

La phase pilote doit notamment permettre d'adapter le modèle de financement aux spécificités des structures d'HAD.

[192] Le déploiement de l'approche MECC dans les établissements de santé s'appuie à la fois sur la mobilisation de certains leurs personnels et sur la mise en place d'outils de suivi des actions engagées.

[193] S'agissant du **personnel**, la mission s'est inspirée de l'exemple britannique pour recommander que la démarche MECC s'appuie dans les ES sur

- **des animateurs** : cadres de direction, leur rôle est de piloter le programme d'actions de l'établissement de santé en matière de prévention primaire en s'assurant que les personnels sont formés, disponibles et disposent des outils nécessaires. Chargé d'en présenter le suivi à la gouvernance, l'animateur est responsable également des articulations avec les partenaires extérieurs (ville, collectivités territoriales et autres acteurs).
- **des relais** : cadres de santé, leur rôle est d'assister les équipes opérationnelles dans la mise en œuvre des actions de prévention primaire.
- **des acteurs de la prévention** : IDE, leur rôle est d'entrer en contact avec les patients et d'effectuer les interventions très brèves, brèves ou les orientations qu'elles estiment nécessaires.

[194] L'ensemble de ces personnels doit être formé à MECC (voir *infra*).

[195] Le déploiement de la méthode MECC recommande par ailleurs de s'appuyer sur des outils permettant d'organiser et de suivre de nombreuses actions mais aussi de les simplifier le plus possible pour les soignants et les bénéficiaires, tout en assurant l'effectivité et le suivi de la mise en œuvre.

[196] La phase pilote doit permettre de préciser les modalités de traçage des actions engagées (nombre et types d'actions : interventions très brèves, brèves...) dans le dossier patient par le personnel des établissements de santé en fonction de l'organisation des services concernés. Il est indispensable à cet égard que les ES sélectionnés dans la phase pilote disposent tous du dossier patient informatisé. Il doit s'agir d'une condition de recevabilité de leur candidature. Il a été indiqué à la mission à plusieurs reprises dans les établissements visités qu'un tel traçage ne nécessitait pas de développements informatiques conséquents.

Recommandation n°9 Développer en phase pilote un outil basique de recueil et de suivi des actions de prévention.

[197] À terme, le déploiement des parcours patients et des outils (tels que *Mon espace santé* notamment) permettra d'accroître la nécessaire cohérence de la politique de prévention entre les établissements de santé et la ville.

[198] La phase pilote doit être mise à profit pour préciser les conditions d'adaptation des systèmes d'information et les modalités pratiques de traçage des contacts.

[199] En phase pilote, il pourrait être également envisagé la mise en place par des ES participants volontaires d'outils de recueil automatisé des réponses des patients à un auto-questionnaire sur les principaux déterminants de santé¹¹², dans le respect du règlement général sur la protection des données (RGPD) afin d'épargner du temps aux intervenants et conserver une traçabilité des réponses.

6.2 Le déploiement de MECC suppose une formation des personnels de santé impliqués

[200] Les actions de prévention primaire ne peuvent être dispensées que par des médecins et soignants formés pour intervenir dans un autre champ que le curatif.

[201] La démarche MECC suppose une formation des professionnels de santé reposant sur un contenu validé. Dans un souci de gain de temps et d'optimisation des moyens, la mission propose de s'inspirer des supports existants au Royaume-Uni.

[202] Pour les adapter en France et élaborer un contenu approprié, la mission propose de mettre en place un comité scientifique des formateurs qui réunirait des acteurs très reconnus dans le domaine de la prévention primaire :

- M. le Professeur François ALLA, CHU de Bordeaux
- Dr Pierre ARWIDSON, Santé publique France
- Dr Linda CAMBON, université de Bordeaux, titulaire jusqu'en août 2023 de la chaire de prévention de l'Institut de santé publique d'épidémiologie et de développement (ISPED)
- M. le Professeur Franck CHAUVIN, président de l'instance de réflexion stratégique pour le développement des soins palliatifs, ancien président du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP)
- M. le Professeur Emmanuel RUSCH, président de la Conférence nationale de santé (CNS), ancien président de la SFSP.
- Une personne désignée par la Isabelle RICHARD, directrice de l'EHESP

¹¹² Les modalités d'un tel recueil (kiosque à l'instar du Royaume-Uni, tablette, application sur smartphone, ...) devront être cohérentes entre l'intervenant et le bénéficiaire, adaptées aux usages, efficaces et évolutives. Idéalement, cet outil sera interfacé avec le dossier informatisé du patient (via des interfaces entre applications (API), donc sans intervention lourde sur les SI) afin d'assurer une incrémentation automatique de la lettre de sortie.

Recommandation n°10 Installer un comité scientifique ayant pour mission d'élaborer les contenus de formation

[203] Le temps d'élaboration des modules de formation est estimé à 8 semaines.

[204] Compte tenu de la spécificité du dispositif de formation envisagé, il est préconisé que l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) et l'opérateur de compétences (OPCO) Santé apportent ensemble leur concours technique dans le droit fil du partenariat qu'ils ont conclu en décembre 2023 en faveur du développement des compétences¹¹³.

[205] Par souci d'optimisation et d'opérationnalité, la mission préconise en effet que les deux opérateurs construisent le cahier des charges des formations à partir des contenus transmis par le comité scientifique, qu'ils commandent et achètent l'outil de formation qui pourra être installé sur leurs plateformes d'e-learning, qu'ils sélectionnent les organismes de formation et assurent le suivi qualité des actions de formation¹¹⁴.

[206] Les financements relatifs à la conception des formations et des outils afférents seront versés à l'ANFH qui rétrocèdera à l'OPCO Santé une partie des crédits reçus selon une clé reflétant leur contribution respective.

[207] Dans les établissements, les personnels seraient formés selon des modalités et durées différentes compte tenu de leur rôle :

- **Les animateurs** : dans la phase pilote, la mission prévoit d'en former un par établissement de santé, durant cinq jours en présentiel ;
- **Les relais** : la mission prévoit d'en former un par établissement en une journée en présentiel ;
- **Les acteurs de la prévention** : la mission prévoit la formation de 5 IDE par établissement et en distanciel. L'outil d'e-learning (plateforme, application, MOOC,...) doit permettre de poser les fondamentaux de la politique de prévention, les caractéristiques des quatre déterminants de santé retenus, ainsi que les ressorts de l'entretien motivationnel. Sur la base de plusieurs modules, l'outil formatif suivra la montée en charge du programme (rappelons ici que le Pays de Galles a fait le choix de déployer MECC par étape, le module correspondant à la phase d'orientation du patient n'ayant pas encore été mis en place).

Recommandation n°11 Prévoir un dispositif de formation adapté au profil des personnels impliqués (animateurs, relais, acteurs de la prévention) et aux étapes de la montée en charge

¹¹³ Ce partenariat vise, entre autres, à acheter en commun des prestations ou des actions de formation et à favoriser l'accès de leurs adhérents respectifs aux actions de formation proposées et financées par l'un ou l'autre.

¹¹⁴ Le plan de financement des actions de prévention primaire présenté en annexe 4 détaille le montant des crédits alloués et versés à l'ANFH (avant mutualisation avec l'OPCO Santé) en tant que chef de file et aux établissements de santé pour l'achat de formation.

6.3 Un financement systémique, incitatif et progressif est nécessaire pour mettre en œuvre les mesures de prévention primaire

[208] Dans le cadre d'une démarche ambitieuse qui marque un vrai tournant à travers la mise en place d'une réforme systémique, la mobilisation de mesures nouvelles est un impératif et l'affichage d'une trajectoire pluriannuelle une nécessité.

[209] Tout prélèvement sur les tarifs des établissements de santé pour financer les actions de prévention primaire entrerait en contradiction avec la logique sous-tendant leur nouveau modèle de financement et contribuerait à le fragiliser. Dans une logique additionnelle et non substitutive, les nouveaux financements viendraient donc compléter les financements existants (via le FIR ou le FLCA) qui continueraient d'être versés, mais de manière articulée avec le programme national. Dans cette même logique, le financement des actions de formation viendrait s'ajouter et non se substituer aux montants déjà engagés ou prévus pour d'autres priorités retenues par les ES en matière de formation¹¹⁵.

[210] Dans ces conditions, il est nécessaire de rendre irréversible et autoporteur le financement de la prévention primaire.

[211] En conséquence, les financements à prévoir par le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2025 couvriraient :

- la formation (conception des outils au niveau national, formation des personnels au niveau des établissements de santé)¹¹⁶,
- l'animation de la démarche au sein des établissements de santé (avec un pourcentage d'équivalents temps plein dédiés),
- la mise en œuvre des actions de prévention par les personnels de santé : interventions très brèves, brèves¹¹⁷ et orientation des patients.

[212] Le versement des crédits liés aux actions de prévention primaire sera conditionné par l'enregistrement desdites actions dans le dossier patient pour qu'un suivi et des actions de contrôle par l'ARS puissent être organisés (par requêtage non nominatif).

¹¹⁵ En vue de former leurs personnels dédiés aux actions MECC, les ES utilisent les crédits versés par les ARS pour acheter des formations aux organismes de formation retenus par l'ANFH et l'OPCO Santé.

¹¹⁶ Formation en présentiel pour les animateurs (5 jours) et les relais (1 jour), formation à distance pour les autres personnels

¹¹⁷ Sont retenues dans le modèle les hypothèses horaires suivantes : 4 interventions très brèves de 5 minutes, 2 interventions brèves de 10 minutes maximum et une intervention de 20 minutes à des fins d'orientation.

Dans le cadre de la phase pilote, en 2025, l'enveloppe à prévoir en mesures nouvelles serait de 12 M€ pour 100 établissements de santé volontaires ayant chacun par an entre 5 625 et 11 250 contacts pour des actions de prévention primaire auprès des patients (soit près de 850 000 contacts dès la première année).

En cible 2027 pour la généralisation dans les autres établissements de santé de taille significative, le montant des crédits alloués aux établissements serait de 163 M€ (pour un total de plus de 12,5 millions de prises de contacts à des fins d'actions préventives auprès des patients).

[213] L'annexe 4 détaille les postes de dépense évalués selon les facteurs de coût / abaque transmis par les experts sollicités.

6.4 Un dispositif d'évaluation embarquée est requis dès la phase pilote

6.4.1 Des indicateurs de déploiement du dispositif

[214] L'enregistrement des actions de prévention primaire est assuré dans le dossier patient qui distingue le déterminant de santé qui a fait l'objet de l'action parmi les quatre retenus ainsi que la nature des interventions (très brèves / brèves / orientations).

[215] L'extraction de ces informations et leur compilation par établissement se feront dans un fichier support de même type que celui utilisé pour les remontées d'information PMSI par les établissements de santé ce qui permettra de participer à la définition du montant de l'enveloppe allouée.

[216] Le codage dans le cadre du PMSI de ces actions de prévention primaire a été écarté pour les distinguer des prises en charge rémunérées au titre du financement à l'activité.

6.4.2 Des indicateurs de santé publique allant jusqu'aux résultats

[217] Objectif final de la réforme, l'amélioration des indicateurs territoriaux de santé devra faire l'objet d'une évaluation embarquée dès la phase pilote. Les modalités plus pratiques de cette évaluation seront développées lors de la phase pilote. Pour faciliter cette définition, il est préconisé que la mission du comité scientifique précité soit élargie en ce sens, en lien avec les parties prenantes concernés.

Recommandation n°12 Confier au comité scientifique la mission d'évaluation du dispositif MECC mis en œuvre comprenant la définition d'indicateurs de santé publique

[218] L'ensemble de ces éléments est retranscrit dans le cahier des charges que la mission propose aux ARS en annexe 5 comme base d'appel à candidatures pour lancer d'ici la fin 2024 le recrutement des ES volontaires pour participer à la phase pilote.

[219] Pour élaborer ce cahier des charges, la mission s'est appuyée sur :

- une analyse du programme MECC, présenté en annexe 1 ainsi que les résultats d'un parangonnage international présenté en annexe 2 ;

- les expériences en cours signalées par les ARS et déployées dans quelques établissements de santé ;
- les retours des ARS sur le questionnaire que la mission leur a adressé et les conclusions d'une séance de travail spécifique organisée avec l'ensemble des ARS ;
- les résultats des échanges dans le cadre du groupe de travail inter administration.

6.5 Le nouveau modèle de financement ne peut être mis en place sans une gouvernance appropriée

[220] La mission propose que la supervision du modèle de financement soit assurée :

- au niveau national par le conseil économique de l'hospitalisation publique et privée (CEHPP) renouvelé dont la vice-présidence et le secrétariat seraient assurés par la direction générale de l'offre des soins, en incluant des représentants des usagers et des conférences médicales. La direction générale de la santé, membre du CEHPP, pourra dans ce cadre apporter son expertise sur les enjeux de santé publique attachés à ce modèle.
- au niveau régional : l'ARS pilotera le dispositif et adaptera sa montée en charge en fonction des spécificités régionales et de l'offre territoriale. Les retours des ARS sur la mise en œuvre du dispositif devront être intégrés dans l'évaluation prévue.

Recommandation n°13 Confier la gouvernance nationale du modèle de financement au conseil économique de l'hospitalisation publique et privée (CEHPP) et le pilotage du déploiement aux ARS

[221] Dans les établissements de santé, la mission a pu constater que l'efficacité du déploiement d'actions de prévention primaire était souvent liée à la mise en place de structures d'animation associant des personnels administratifs et des personnels médicaux. Tel est le cas de la direction de la prévention, de la santé et des relations ville / hôpital créée au CHU d'Angers ou du service promotion, prévention, santé populationnelle (3P) au sein du pôle de santé publique des hospices civils de Lyon (HCL). Un autre choix d'organisation peut être fait visant, comme au CHU de Bordeaux, à confier à une sous-commission¹¹⁸ de la commission médicale d'établissement (CME) le pilotage des actions de prévention.

Anne-Carole BENSADON

Benjamin MAURICE

Frédéric TURBLIN

¹¹⁸ En l'occurrence la commission prévention, éducation thérapeutique, promotion de la santé (PEP's) au CHU de Bordeaux

ANNEXES

ANNEXE 1 : Présentation de la démarche Making every contact count

[222] Quarante pour cent du nombre des années perdues dans le cadre du calcul de l'espérance de vie en bonne santé¹¹⁹ peuvent être attribués en Angleterre au tabac, à l'hypertension, à la consommation d'alcool, au surpoids ou à l'inactivité physique. Quatre-vingts pour cent des maladies cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux et des diabètes de type 2 et trente-trois pour cent des cancers pourraient être évités en adoptant un mode de vie sain. Les facteurs liés au mode de vie de vie, en particulier au tabagisme, sont identifiés comme étant également à l'origine d'inégalités de santé en Angleterre¹²⁰.

[223] Partant du constat que le comportement joue un rôle majeur dans la santé des individus le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE)¹²¹ publie en 2007 des lignes directrices de santé publique sur la promotion des changements de comportement liés à la santé¹²² visant en particulier le tabagisme. Destiné aux professionnels du *National Health Service* (NHS) et plus largement à toutes les personnes susceptibles de s'intéresser à ou de faire évoluer ces comportements, comme les médecins généralistes, les pharmaciens, les pompiers, les chercheurs ou les économistes de la santé, ce guide propose des premières orientations méthodologiques sur les démarches à entreprendre.

[224] Le contenu du guide est inspiré par les conclusions d'un rapport de 2004¹²³ qui promeut la recherche des changements de comportement comme un axe majeur (« un engagement total ») de ce que devrait être la stratégie du NHS en matière de prévention des maladies. Le rapport insiste sur l'élargissement des compétences et des moyens d'intervention des personnels de santé en matière de prévention pour inciter aux changements de comportements de la population.

[225] Dans le prolongement des orientations du NICE, la région Yorkshire and the Humber a développé dès 2008 l'idée de faire en sorte que chaque occasion de contact avec le patient ou le public puisse être exploitée (« *Making every contact count* »/ MECC¹²⁴) pour aider à changer les

¹¹⁹ L'espérance de vie en bonne santé (« Disability adjusted life years » / DALY) s'obtient en soustrayant à l'espérance de vie le nombre d'années perdues à cause de la maladie, du handicap ou d'une mort précoce.

¹²⁰ *Fair Society, healthy lives, The Marmot review : strategic review of health inequalities in England post-2010*, Michael Marmot, Peter Goldblatt, Jessica Allen , et al., février 2010. Les inégalités sociales liées aux revenus, au logement, à la situation professionnelle, au niveau de formation, ... sont d'autres facteurs explicatifs de l'état de santé.

¹²¹ NICE est l'équivalent en France de la Haute autorité de santé.

¹²² *Behaviour change at population, community and individual levels*, NICE public health guidance, octobre 2007;

¹²³ *Securing good health for the whole population : final report*, Derek Wanless, février 2004;

¹²⁴ Faire en sorte que chaque contact puisse compter ;

comportements. Elle a élaboré en 2009 un cadre¹²⁵ visant à appuyer les professionnels dans leurs démarches. Des expérimentations locales se sont déployées dans des hôpitaux des régions des West and East Midlands et du Yorkshire à partir de 2011.

[226] En 2014¹²⁶, NICE recommande le recours à l'approche MECC qui fait l'objet d'une déclaration de consensus du Public Health England¹²⁷ et du NHS en 2016 après les premiers retours d'expérience¹²⁸. Ce dernier publie en 2018 un nouveau guide¹²⁹ qui présente les étapes pour aider les opérateurs, dont les hôpitaux, à planifier et à mettre en œuvre l'approche MECC. En 2020, un autre guide est publié pour fournir aux autorités publiques et aux opérateurs des conseils sur la manière d'évaluer la mise en œuvre de leurs programmes MECC¹³⁰.

[227] En 2024, la démarche MECC est intégrée en routine dans les contacts des professionnels de santé du NHS avec les patients. Plus largement, la prévention est une composante du plan stratégique du NHS (*Long Term Plan*) qui vise à améliorer la santé de la population et réduire les inégalités en matière de santé avec une attention particulière consacrée à la prévention secondaire en matière de détection précoce des maladies, de dépistage (tuberculose, VIH, hépatites B et C)¹³¹.

[228] Le programme « *All our health* » vise à inciter les professionnels de santé à intégrer dans leurs pratiques la prévention en vue de réduire les coûts liés à la mauvaise santé et d'alléger la pression sur les services de santé. L'objectif est qu'ils s'engagent dans des efforts proactifs de prévention des maladies et de promotion de la santé, en se concentrant sur des facteurs liés au mode de vie tels que l'alimentation, le tabagisme et l'activité physique.

1 Principes et modalités issus de MECC

[229] Dans le champ de la santé, l'approche MECC vise à tirer profit de toutes les occasions 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.

[230] L'objectif de cette approche est de dialoguer de manière informelle, de questionner, de faire réfléchir et d'inciter à opérer des changements de mode de vie en donnant une meilleure

¹²⁵ *Prevention and Lifestyle Behavior Change : A Competence Framework*, NHS, 2010;

¹²⁶ *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".

¹²⁷ *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.

¹²⁸ *Making Every Contact Count (MECC) : Consensus statement*, Public Health England, NHS England and Health Education England, avril 2016

¹²⁹ *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

¹³⁰ *Making every contact count : evaluation guide for MECC programmes*, Public Health England, Health Education England, London South Bank University, 2020

¹³¹ Dans le cadre de ce programme, l'initiative "Core20PLUS5" cible les 20 % les plus démunis au niveau national et identifie localement les groupes "PLUS", notamment les minorités ethniques et les populations socialement exclues. La stratégie met l'accent sur cinq domaines cliniques pour une amélioration accélérée : les soins de maternité, les maladies mentales graves, les maladies respiratoires chroniques, le diagnostic précoce du cancer et la gestion de l'hypertension.

compréhension des comportements à risque et de leur impact potentiel sur la santé et le bien-être.

[231] Le modèle MECC du Royaume-Uni distingue quatre niveaux d'intervention¹³² :

- **Intervention très brève** : effectuée de manière routinière et informelle¹³³ 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 »)¹³⁴.
- **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.
- **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 risque¹³⁵. Il peut donc s'agir de patients qui n'ont pas fait l'objet préalablement d'interventions très brèves ou brèves.

[232] Ces trois premiers niveaux sont le cœur de l'approche MECC.

- **Intervention de très haute intensité** réservée à un praticien spécialisé et en direction de patients qui nécessitent un accompagnement renforcé¹³⁶ (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.

¹³² Recommandation n°9, op.cit.

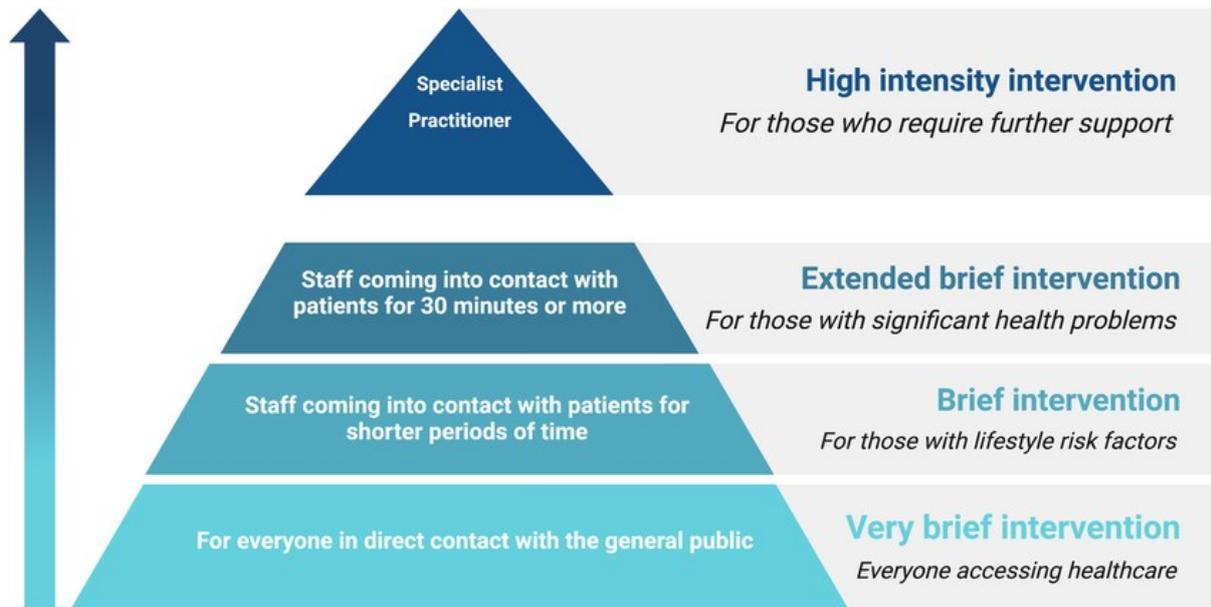
¹³³ Les représentants du NHS rencontrés citent l'exemple de l'échange autour d'une tasse de thé.

¹³⁴ S'agissant du tabac, de très brefs conseils conduisent à établir le statut tabagique de la personne au regard de sa consommation, à l'informer de l'existence de services compétents et, si elle en est d'accord, à l'orienter vers ceux-ci. Les questions posées peuvent être les suivantes : « Avez-vous déjà pensé à vous arrêter ou avez-vous essayé ? (« ask »), Voudriez-vous bénéficier d'un accompagnement ? (« assist ») Accepteriez-vous d'utiliser tel outil ou d'être adressé à tel spécialiste ? (« act »)

¹³⁵ Le NHS cite l'exemple des personnes dont la consommation d'alcool est nocive.

¹³⁶ Le NHS cite également l'exemple de personnes dont l'indice de masse corporelle est supérieur à 40, caractéristique d'une obésité morbide, ou faisant l'objet d'un suivi régulier au titre d'une maladie chronique telle qu'un diabète de type 2 ou d'une maladie cardio-vasculaire.

Schéma 1 : présentation des différents niveaux d'intervention dans le cadre de la démarche « Making every contact count »



Source : Periodontology 2000

2 L'influence des sciences du comportement

[233] L'approche MECC s'est enrichie de l'apport des sciences du comportement qui traitent de l'étude du comportement humain et de la prise de décisions en combinant les résultats et les méthodes de la psychologie, des neurosciences et d'autres sciences sociales¹³⁷.

[234] Dans le champ de la santé, plusieurs modèles issus des sciences comportementales sont appliqués :

- Le modèle de ROLLNIK et MILLER¹³⁸ sur l'entretien motivationnel qui repose sur le renforcement de la motivation de la personne pour atteindre un objectif, dans un climat d'acceptation et de compassion et non dans une attitude visant à convaincre à tout prix de la nécessité du changement¹³⁹.

¹³⁷ Définition donnée par Impact Canada, Gouvernement du Canada

¹³⁸ *L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement*, Stephen Rollnik et William R Miller, Interéditions, 2006

¹³⁹ Fondée sur leurs observations issues d'entretiens menés dans le cadre de sevrages liés à l'alcool, cette approche distingue plusieurs stades : la pré-contemplation (la personne n'a pas identifié de problème et c'est un tiers qui l'a adressée auprès d'un professionnel de santé), la contemplation (la personne reconnaît qu'il y a un problème mais n'est pas encore prête à changer), la préparation du changement (la décision de changer est prise), l'action (le changement est initié), la maintenance du changement (le changement est en cours et il s'agit de résister aux rechutes), la rechute, le dégageant (quand le comportement sain est devenu une habitude).

- Le modèle de changement de comportement de MICHIE¹⁴⁰ dénommé COM-B¹⁴¹ qui distingue cinq étapes dans la construction d'interventions visant un changement de comportement : définir les objectifs visés, identifier la population cible, identifier les déterminants du comportement et du changement de comportement, identifier les techniques de changement de comportement, identifier les modes de mise en œuvre de l'intervention.
- Le modèle de GODIN¹⁴² qui identifie les différentes dimensions liées à l'intention de changer de comportement¹⁴³ et met en avant l'importance de la norme sociale dans le changement de comportement individuel.

[235] Cités à titre d'exemples non exhaustifs, ces apports théoriques nécessitent d'être enseignés aux professionnels ayant vocation à intervenir auprès des patients pour qu'ils définissent leurs posture, discours et méthodes (comportements à adopter, messages à délivrer, suivi à réaliser).

[236] Le recours à des techniques de nudge¹⁴⁴ peut également se concevoir¹⁴⁵.

3 Éléments probants

[237] 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

¹⁴⁰ *Capacity, opportunity, motivation and behaviour*, Susan Michie, 2011

¹⁴¹ Les initiales du modèle COM-B mettent en relation la capacité (physique ou psychologique), l'opportunité (liée à un environnement physique ou social qui permet le changement), la motivation (les facteurs propres et les mécanismes qui mettent en mouvement ou s'opposent au changement de comportement) et le comportement dans le cadre de l'équation suivante : capacité + opportunité + motivation = comportement. « Le modèle COM-B suggère que le comportement d'un individu est influencé par sa capacité (les compétences et les connaissances), l'opportunité (le temps et la pression sociale) et la motivation (les croyances et les habitudes). Les modèles comme le modèle COM-B fournissent un cadre de travail pour comprendre les interactions complexes entre les facteurs qui influencent le changement de comportement. Ce modèle met particulièrement l'accent sur l'importance de prendre en compte non seulement les facteurs individuels, mais aussi les facteurs contextuels plus larges qui peuvent entraver le changement de comportement. » in *Expérience of implementing « Making every contact count » initiative into a UK integrated care system : an interview study*, Rebecca Turner, Lucie Burn-Davis et al., *Journal of public health*, septembre 2023.

¹⁴² *Les comportements dans le domaine de la santé : comprendre pour mieux intervenir*, sous la direction de Gaston Godin. Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2012.

¹⁴³ Parmi ces dimensions figurent le comportement (avantages / inconvénients / plaisir / déplaisir d'arrêter de fumer), l'incidence des normes perçues (les normes sociales liées à l'entourage dans sa tolérance à la fumée, les normes comportementales en relation avec les pratiques du plus grand nombre sur le tabac, la perception du caractère approprié ou non du fait de fumer ou d'arrêter en fonction de sa position sociale, la perception du bien ou du mal dans le fait de fumer) et, enfin, le contrôle que l'on croit avoir sur son comportement en fonction de l'efficacité personnelle ressentie ou des difficultés ou barrières envisagées

¹⁴⁴ Littéralement traduisible par "coupe de coude" ou « coup de pouce », le *nudge* renvoie aux techniques et astuces visant à modifier les comportements sans recourir à l'obligation ou à la menace d'une sanction. Pour illustrer l'approche, un établissement de santé de Toronto a créé dans son enceinte le « Challenge de l'Everest » visant à inciter les personnels et les patients à prendre l'escalier plutôt que l'ascenseur.

¹⁴⁵ *De l'étude des comportements de santé à la définition de stratégies de prévention : un chemin linéaire ?*, Linda Cambon, *Sciences sociales et santé*, mars 2020

des individus mais également sur les inégalités de santé¹⁴⁶. 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.

[238] 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 vie¹⁴⁷.

[239] Le programme MECC était supposé répondre à ces préoccupations, une évaluation initiale a été mise en œuvre et les résultats publiés en 2013¹⁴⁸. 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 précisait que si les professionnels de santé pouvaient se montrer réticents, ils devenaient particulièrement moteurs une fois qu'ils étaient convaincus¹⁴⁹. Ils concluaient à un potentiel considérable de MECC pour faire évoluer les comportements dans un sens favorable à la santé.

[240] 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 comportement¹⁵⁰.

[241] 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 enfants¹⁵¹. 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.

¹⁴⁶ 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>

¹⁴⁷ https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5c338375e5274a65a5da03d6/MECC_Implementation_guide_v2.pdf

¹⁴⁸ 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.

¹⁴⁹ 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.

¹⁵⁰ Making every contact count, Rapid evidence review, Collins B, Wirral Council Business & Public Health Intelligence Team, mai 2015

¹⁵¹ 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-2014-005290

[242] 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 formés¹⁵². 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 faible¹⁵³.

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

[244] 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.

[245] 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 personne¹⁵⁴.

[246] 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)¹⁵⁵. 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.

[247] 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.

[248] 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

¹⁵² 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

¹⁵³ 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

¹⁵⁴ https://uk.sagepub.com/sites/default/files/upm-assets/127116_book_item_127116.pdf

¹⁵⁵ 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

concernent en particulier les changements de comportement¹⁵⁶, l'arrêt du tabac¹⁵⁷, l'alcool¹⁵⁸ et l'activité physique¹⁵⁹. Parmi celles-ci l'apport des interventions brèves est souligné par les professionnelles de santé.

[249] Pour l'alimentation, l'efficacité des interventions brèves est présentée dans différentes études¹⁶⁰ ;

[250] 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 terme¹⁶¹. Cette étude, bien que non ciblée sur des interventions spécifiques aux établissements de santé, confirme l'intérêt de ces démarches d'interventions brèves.

[251] Pour l'alcool¹⁶², 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 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.

[252] 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*¹⁶³.

4 Formation et déploiement

[253] Dans les recommandations qu'il formule sur la mise en place de la démarche MECC, le NHS met l'accent sur le contenu de la formation à délivrer aux opérateurs¹⁶⁴. Celle-ci doit les amener à développer une approche centrée sur la personne en identifiant les facteurs de changements de comportement et les obstacles éventuels, à évaluer ses besoins en adaptant le conseil donné à

¹⁵⁶ <http://guidance.nice.org.uk/PH49>

¹⁵⁷ <http://www.nice.org.uk/Guidance/PH1>

¹⁵⁸ <http://www.nice.org.uk/Guidance/PH24>

¹⁵⁹ <http://www.nice.org.uk/Guidance/PH1>

¹⁶⁰ 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

¹⁶¹ 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.

¹⁶² 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.

¹⁶³ Streck JM, Rigotti NA, Livingstone-Banks J, Tindle HA, Clair C, Munafò MR, Sterling-Maisel C, Hartmann-Boyce J. Interventions for smoking

¹⁶⁴ Behaviour change : individual approaches, op.cit. Voir notamment la recommandation 12 : "Provide training for behaviour change practitioners"

celle-ci en fonction de sa situation sanitaire, sociale, physique, culturelle, économique. La formation doit permettre d'acquérir certaines compétences (empathie, écoute, formulation / reformulation, orientation, suggestion, stimulation, évaluation) et favoriser les échanges entre les participants.

[254] Dans le détail, les quatre niveaux d'intervention décrits *supra* mobilisent des compétences différentes et croissantes :

- Niveau 1 (intervention très brève) : l'intervenant doit être en capacité d'interagir avec les interlocuteurs et d'utiliser les connaissances de base pour introduire l'idée d'un changement de comportement. Cela suppose de savoir saisir le bon moment pour échanger, de s'assurer que l'interlocuteur est en mesure de faire un choix éclairé, de délivrer la bonne information et de savoir donner de très brefs conseils.
- Niveau 2 (Intervention brève) : l'intervenant doit être en mesure d'utiliser des brèves techniques de changement de comportement pour aider les interlocuteurs à prendre une décision sur leur mode de vie. Cela implique de savoir choisir entre les différentes actions celles qui sont les plus appropriées pour provoquer de tels changements.
- Niveau 3 (Intervention brève prolongée) : l'intervenant doit être en capacité de mobiliser toutes les techniques du changement de comportement avec un discours plus précis centré sur les interactions entre ces changements et l'état de santé des individus.
- Niveau 4 (Intervention de très haute intensité) : l'intervenant doit être en mesure de mobiliser des approches spécialisées de changement de comportement comme les thérapies cognitivo-comportementales ou celles axées sur les solutions afin d'accompagner les personnes pour lesquelles les interventions brèves n'ont pas réussi à provoquer un changement de comportement et / ou celles qui ont les besoins plus complexes.

[255] Les compétences exigées pour chaque niveau sont décrites dans une base de données nationale des normes professionnelles.

[256] Un groupe consultatif national MECC a été mis en place et a produit des ressources et des cours pour le *Health Education England* (responsable de la formation) chargé de décliner. Le guide de mise en œuvre de MECC de 2018¹⁶⁵ présente huit étapes pour aider les intervenants, dont les hôpitaux, à planifier et mettre en œuvre la démarche MECC¹⁶⁶.

[257] Des outils de formation ont ainsi été mis en place sur différents supports (internet, YouTube, application sur téléphone mobile ou tablette, voir *infra*).

¹⁶⁵ NHS England et Health Education England 2018

¹⁶⁶ Définition de la stratégie organisationnelle, appui par des personnes expérimentées, établissement d'un calendrier, identification des ressources disponibles, mise en place des processus (par ex. l'orientation et le suivi des personnes), engagement des équipes, formation et déploiement de MECC, évaluation.

[258] Sur internet, les supports sont en accès libre et la formation est découpée en sessions de 30 minutes :

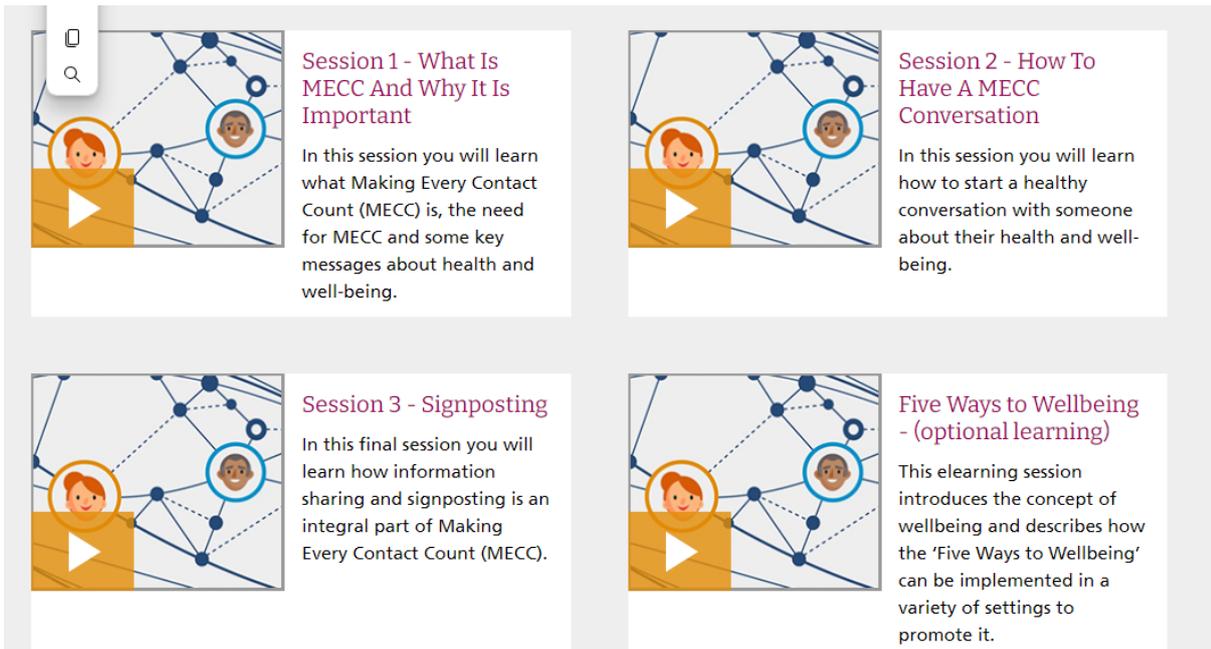
- La première de ces sessions (« *What is MECC and why it is important ?* ») donne des informations sur la démarche MECC¹⁶⁷, sur les messages clé à propos de la santé et du bien-être ainsi que les facteurs influençant le comportement (à partir du recours au modèle COM-B de changement de comportement). Chaque vidéo de présentation est accompagnée de questions (quiz) qui permettent de mesurer la compréhension et l'appropriation des différentes présentations¹⁶⁸.
- la deuxième session (« *How to have a MECC conversation ?* ») porte sur le lancement d'une conversation, la description des trois étapes *Ask / Assist / Act*, les questions ouvertes à poser, les encouragements à prodiguer. Un mélange de vignettes et de vidéos d'entretien est proposé qui conduit à (se) poser des questions sur la bonne posture à avoir.
- La troisième session est consacrée à l'orientation (« *signposting* ») à travers l'identification des structures d'accompagnement nationales ou locales, la constitution d'un réseau de référents ou de praticiens MECC, la fixation d'objectifs sur le nombre de conversations MECC à engager ou engagées, les supports disponibles et leur actualisation, l'accessibilité de l'information délivrée.
- La quatrième session est optionnelle et porte sur le bien-être (« *Five ways to wellbeing* ») et ses composantes (relations sociales, activité physique, savoir regarder autour, apprendre, savoir donner).

[259] Il existe également une session présentant l'ensemble des outils d'accompagnement du déploiement de la démarche MECC (formation, supports d'échanges sur le tabac, la nutrition, l'obésité, l'alcool, l'activité physique, les maladies mentales,...) et d'évaluation de sa mise en œuvre.

¹⁶⁷ Par exemple : « MECC ne vise pas à régler des problèmes mais conduit à soulever des questions à propos de la santé des individus à l'occasion de contacts occasionnels. On ne peut pas forcer les personnes à changer de comportement mais on doit les aider à réfléchir à un tel changement. L'approche MECC conduit à être proactif et à poser des questions sur l'état de santé (...) L'approche MECC ne doit pas amener à dire aux personnes ce qu'elles doivent faire mais à leur donner les moyens de trouver des solutions. Elle permet également d'orienter vers des experts pour obtenir un soutien supplémentaire. ».

¹⁶⁸ Exemple de questions : est-ce que le tabac soulage le stress ? Au-delà de combien de verres d'alcool par semaine il est recommandé qu'un homme ou une femme s'arrêtent de boire ? Est-ce que ne pas prendre de petit déjeuner fait maigrir ?

Illustration 1 : présentation de l'accès aux différentes sessions de formation MECC en e-learning



Source : site e-learning for healthcare (<https://www.e-lfh.org.uk/programmes/making-every-contact-count>)

[260] Sur le téléphone mobile, l'application MECC Link vise à donner dans chaque région des informations de base à tous ceux qui s'engagent dans la démarche : rappel par facteur de risque¹⁶⁹ des taux de mortalité, qualification du statut de l'utilisateur, questions à poser dans le cadre d'une intervention très brève (ask / assist / act), liste pour chaque région des services et organismes locaux pouvant prendre en charge des personnes.

Illustration 2 : photo de l'application MECC Link installée sur un téléphone portable



Source : Yorkshire and the Humber LEPH

¹⁶⁹ Alcool, coût de la vie, prévention du crime, santé mentale,...

[261] En ce qui concerne la durée des formations, les retours d'expérience font état par exemple de deux séances d'une heure¹⁷⁰ ou de 4 séances de 20 minutes¹⁷¹, l'essentiel étant que la formation soit courte pour s'adresser au plus grand nombre de professionnels possible.

5 Financement

[262] Il n'existe aucun financement national dédié consacré à la démarche MECC par le NHS qui ne finance pas directement ce type de programme qui se déploie au niveau local.

[263] En revanche, le recours à la démarche est encouragé dans les structures du NHS via deux outils contractuels :

- Le *NHS Standard Contract* : dans le cadre d'une contractualisation, chaque offreur de soins s'engage à appliquer la démarche dans sa structure¹⁷² ;
- Le *Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN)* : introduit en 2009, ce dispositif est un élément de financement variable basé sur la performance des offreurs de soins (trusts, cliniques, ...) dans le cadre des contrats qu'ils passent avec le NHS. Au niveau national, ce dernier définit chaque année des indicateurs (de 10 à 30) et attribue une part de financement variable (en bonus) en fonction des résultats enregistrés sachant que les contractants sont tenus de faire remonter précisément leurs objectifs (qui ne sont pas rendus publics). La part maximale attribuée varie selon les années (2.5 % en 2018, 1.25 % en 2020). Les objectifs CQUIN peuvent, en fonction des années, être en lien avec la démarche MECC¹⁷³.

[264] Il n'existe pas de remontée et de suivi automatisé des dépenses consacrées aux formations MECC. S'agissant du coût, une évaluation dans le nord-est anglais estime que la formation MECC de 500 professionnels a coûté 300 000£ sur deux ans¹⁷⁴.

6 Retours d'expérience des praticiens et évaluation

[265] La démarche MECC a fait l'objet de travaux d'évaluation. Le premier d'entre eux et l'un des plus marquants a été réalisé à partir d'entretiens organisés en 2012 auprès de praticiens spécialistes de la santé publique, responsables de formation et consultants¹⁷⁵.

¹⁷⁰ <http://www.wessexphnetwork.org.uk/media/22802/Wessex-MECC-Evaluation-Report-Final-110615.pdf>

¹⁷¹ www.wessexphnetwork.org.uk/media/26782/wessex-making-every-contact-count-toolkit-final.pdf

¹⁷² Objectif SC8 : « Le contractant s'engage à mettre en place une organisation permettant d'utiliser au maximum tout contact avec les utilisateurs du service comme une opportunité d'améliorer leur santé et leur bien-être. ».

¹⁷³ Par exemple en 2018 : « comptabiliser les orientations vers des dispositifs de lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme »

¹⁷⁴ Soit l'équivalent de 351 000 € (585€ par participant)

¹⁷⁵ *Making every contact count : an evaluation*, A. Nelson, C. de Normanville, K. Payne, M.P. Kelly, Public Health, 2013

[266] Il en ressort une appréciation globale très positive avec la mise en avant des points forts suivants :

- la simplicité de la démarche et son absence de technicité (« MECC s'intéresse aux « gens », pas aux faits ou aux connaissances, donc tant que vous gardez ces personnes enthousiastes et confiantes, c'est ce qui le rendra durable. »),
- la brièveté (une demi-journée pour le niveau 1) et le faible coût du programme de formation ;
- l'approche holistique, globale, de la santé du patient que MECC réinstalle,
- les gains de temps potentiels qui peuvent être générés dans le cas d'une orientation du patient vers un autre service interne ou en ville,
- la contribution de MECC à la réduction des inégalités sociales en allant vers un public plus défavorisé,
- l'élargissement des compétences des professionnels de santé au-delà de leurs activités de soins.

[267] Les praticiens sollicités insistent également sur l'importance qu'il y a à impliquer dans la démarche MECC des non professionnels de santé (ex. : personnes d'accueil, agent des services hospitaliers). Même s'ils ne sont pas formés, leurs discours et conseils directs (« *don't address the symptom – address the person* »), sans jugement de valeur ni barrière sociale (« *barriers based on social status* ») peuvent être mieux reçus que ceux des médecins par exemple.

[268] Selon les praticiens sollicités, l'inscription des formations MECC dans le cadre d'un cursus qualifiant ou certifiant est jugée comme un facteur potentiel de mobilisation supplémentaire, tout comme la formation de formateurs contribue à démultiplier l'impact de la démarche.

[269] En revanche, la résistance du corps médical est clairement identifiée comme un obstacle à la mise en œuvre de démarches MECC. Attachés aux soins, certains rejettent spontanément les tâches qui n'en relèvent pas et qui sont jugées susceptibles de les en éloigner. D'où la nécessité de trouver des médecins qui ont déployé MECC avec succès et de s'appuyer sur eux pour qu'ils témoignent en tant qu'ambassadeurs de la démarche.

[270] Des travaux ont été spécifiquement menés sur le recensement des barrières se dressant face au déploiement de l'approche MECC¹⁷⁶, en vue de formuler des recommandations pour les surmonter. Ces barrières sont de plusieurs natures :

- Globales :
 - Institutionnelles, les barrières portent sur le rôle et la responsabilité des acteurs nationaux, régionaux et locaux dans la mise en œuvre de MECC. En réponse, il est préconisé un portage national et un relais régional avec une articulation entre les priorités de ces deux niveaux.

¹⁷⁶ *Experiences of implementing the « Making every contact count » initiative to a UK integrated care system : an interview study*, Rebecca Turner, Lucie Byrne-Davis, Panayotis Michael, Nia Coupe, Caroline Holtom, Cheryl Smith, Jo Hart, Journal of public health, septembre 2023

- Financières, les barrières portent sur le caractère temporaire de l'allocation des ressources au financement des actions MECC. La mise en place de financements de long terme est recommandée pour contourner cet obstacle.
- Psychologiques, il s'agit de contrer l'idée selon laquelle MECC impose de nouvelles sujétions aux personnels soignants. Un changement éventuel de dénomination pour mettre en avant le caractère informel de l'échange (« *Chat to Change* » à la place de « *Making every contact count* »), la mise en avant du caractère probant de la démarche ou le rôle central de MECC dans la réduction des inégalités et les traitements post-COVID doivent contribuer à réduire ces difficultés d'ordre psychologique, d'après les acteurs de santé cités par les auteurs des travaux. La confiance en soi que donne la formation MECC pour « faire le premier pas » est assez largement soulignée par ailleurs.
- Organisationnelles :
 - Temporels, les obstacles identifiés tiennent à l'allocation du temps nécessaire chez les formateurs pour qu'ils parviennent à déployer correctement une démarche MECC.
 - Culturel, l'obstacle identifié est lié à l'ampleur du changement qu'implique le déploiement de MECCS et, en retour, à la nécessité d'un portage et d'un changement dans l'organisation des prises en charge.
- Individuelles :
 - Motivationnel, convaincre un professionnel de santé qu'il est concerné par l'approche MECC et doit la déployer n'est pas spontanément évident. L'obtention d'une certification liée à la formation est identifiée comme un levier permettant de le mobiliser. S'agissant des formateurs, afin qu'ils restent motivés, il apparaît nécessaire de mettre en place un coordinateur régional chargé de travailler avec eux sur le contenu des formations en lien avec les priorités régionales et de s'assurer que les ressources (plateformes, application smartphone) sont actualisées et disponibles.
 - Physique, l'obstacle réside dans le déclenchement d'une conversation avec le patient sur sa santé sans même avoir une idée de son orientation potentielle future. Face à cette difficulté, l'accès au site MECCLink et à l'application sur smartphone sont alors perçus comme des ressources utiles.

7 Déclinaison du modèle au pays de Galles

- Elaboration d'un modèle spécifique

[271] Le programme MECC est mis en œuvre au niveau local et national au pays de Galles depuis 2014. En 2015, les directeurs de la santé publique ont approuvé un document décrivant le système gallois de mise en œuvre du programme MECC et un groupe de travail national (NWG) a été créé pour superviser les actions et les développements, composé d'agents de santé publique et d'équipes locales de santé publique engagés dans la mise en œuvre du programme MECC.

[272] S'appuyant sur le modèle COM-B, un modèle logique à l'échelle du système a été élaboré et approuvé par le groupe de travail national en janvier 2020. L'objectif était de développer ce modèle pour démontrer l'ampleur du travail qui est et pourrait être réalisé pour intégrer les

approches MECC et préventives dans l'ensemble du NHS (et potentiellement d'autres secteurs) afin d'avoir un impact positif sur la santé de la population. Ce modèle présente les activités et les résultats connexes requis pour intégrer les approches MECC et préventives dans l'ensemble du NHS gallois (et d'autres secteurs). Cinq thèmes ont été identifiés¹⁷⁷ et trois horizons de temps définis¹⁷⁸.

[273] En 2023, des membres de l'équipe du programme national MECC et du groupe de travail national MECC ont participé à une étude Delphi entreprise par l'université de Northumbria à la mi-2023¹⁷⁹ visant à dégager un consensus parmi un large éventail d'experts au Royaume-Uni et à l'étranger sur la définition de la MECC. Des définitions des principaux concepts, courtes ou longues mais adaptée au système gallois, en ont résulté.

- Rôle des acteurs

[274] Via une équipe nationale du programme MECC, le *Public Health Wales*¹⁸⁰ exerce le pilotage stratégique de la mise en œuvre de l'approche MECC auprès des différentes parties prenantes du système et héberge les modules de formation pour tout le pays. Le PHW anime également un groupe de travail gallois MECC (*NWG*) qui rassemble les responsables MECC du PHW et des équipes locales de santé publique (*Local public health teams / LPHT*) afin de partager les bonnes pratiques et l'apprentissage et de contribuer au programme gallois.

[275] Avant la pandémie, la prestation de services MECC était bien ancrée dans tous les conseils de santé du pays de Galles, les LPHT dirigeant la formation du personnel de santé (ainsi que, dans certaines régions, d'autres professionnels travaillant dans les secteurs public et tertiaire).

[276] En septembre 2022, le personnel des LPHT (précédemment employé par les PHW) a été transféré aux *Health Boards*, ce qui a entraîné une modification des dispositions existantes à l'échelle du système. À l'heure actuelle (septembre 2023), les ressources et les capacités allouées par les *Health Boards* aux activités MECC varient considérablement, certains Health Boards étant très actifs tandis que d'autres n'entreprennent que très peu d'activités.

- Les formations

[277] La formation de niveau 1 se concentre sur la confiance et les compétences nécessaires pour avoir de brèves conversations avec le public. Un module national de formation électronique (*Learning@wales*) est mis à la disposition des personnels.

[278] La formation de niveau 2 se concentre sur des conversations plus approfondies et sur l'approfondissement de sujets spécifiques liés aux comportements de santé, en particulier le poids santé, le tabagisme, la consommation d'alcool et l'activité physique. Une formation en présentiel (face à face) est assurée dans ce cadre par les LPTH. Il est prévu le développement de

¹⁷⁷ Intégrer la prévention dans les pratiques professionnelles, l'intégrer dans les pratiques organisationnelles, formation et ressources pour soutenir les approches préventives, plaider en faveur de l'approche MECC et de la prévention au sein du NHS, mise en œuvre de mécanismes de suivi et d'enregistrement pour soutenir l'intégration de la prévention.

¹⁷⁸ Court terme (1 à 3 ans), moyen terme (4 à 5 ans), long terme (au-delà de 5 ans).

¹⁷⁹ *Establishing an updated consensus across experts within research and practice on the conceptual definition of Making every contact count : a Delphi study*, Beth Nicol, 2023

¹⁸⁰ Equivalent du NHS au pays de Galles

modules nationaux de formation par voie électronique (*e-learning*) sachant que ceux de conversations sur l'alimentation saine et la nutrition ont été lancés en fin d'année dernière.

- Les objectifs 2023 / 2024 / 2025 du programme MECC gallois

[279] Les principaux objectifs du programme national MECC pour 2023-2024 sont les suivants : sur la base des définitions de l'étude DELPHI, adapter celles du pays de Galles et, à partir de celles-ci :

- élaborer un plan de mise en œuvre adapté,
- élaborer une approche commune avec *Health Education Improvement Wales (HEIW)*¹⁸¹, professionnels afin d'intégrer la démarche MECC dans les programmes d'études, la formation, l'enregistrement et l'accréditation des professionnels de la santé,
- résoudre les problèmes et reprendre la collecte et la communication des statistiques sur l'apprentissage en ligne,
- actualiser le module de formation en ligne de niveau 1 de la MECC,
- achever le développement et le déploiement du module générique de formation en ligne de niveau 2.

[280] L'un des objectifs clé fixés pour 2024/2025 est de mettre en place des indicateurs pour suivre l'investissement réalisé dans la démarche MECC et les résultats obtenus.

¹⁸¹ Organisme de gestion et de formation des personnels de santé

ANNEXE 2 : Comparaisons internationales

[281] La mission internationale de l'IGAS a été sollicitée qui a permis un échange avec l'observatoire européen des systèmes et politiques de santé, un organisme indépendant chargé d'analyser et de diffuser des informations en matière de santé. Celui-ci a sollicité en novembre 2023 ses experts correspondants. Dix-neuf d'entre eux (Allemagne, Belgique, Bulgarie, Croatie, Chypre, Danemark, Finlande, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Royaume-Uni, Slovénie, Suisse) ont répondu à partir d'un questionnaire établi par la mission. Le rapport qui en résulte se présente comme une photographie des pratiques d'autres systèmes de santé. Il doit donner lieu à la publication par l'observatoire d'un article dans une revue scientifique.

1 Présentation du questionnaire

[282] Le choix a été fait de faire figurer dans ce questionnaire un nombre réduit de questions pour permettre un retour rapide des réponses. Centrées sur les actions de prévention primaire des établissements de santé, les questions étaient les suivantes :

- Dans votre pays, les hôpitaux entreprennent-ils des actions de prévention primaire pour leurs patients ?
- Si oui, sont-ils incités à le faire par le biais de financements dédiés ?
- Votre système de santé a-t-il déployé l'approche "Make Every Contact Count" (MECC) ?-
- Au-delà de MECC, quelles sont les conditions requises pour que les hôpitaux déploient des initiatives de prévention primaire, en termes de formation du personnel et de temps consacré par les professionnels de santé ?
- Quels professionnels de santé et quels autres personnels participent à la prévention primaire dans les établissements de santé ?
- L'impact des mesures de prévention primaire sur la santé des patients est-il évalué dans votre pays ? Dans l'affirmative, disposez-vous d'études à ce sujet ?
- Les initiatives de prévention primaire / MECC se concentrent-elles sur certaines maladies ou certains risques ?
- Y a-t-il des personnes que vous nous conseillez de rencontrer ?
- Nous recommandez-vous de visiter un hôpital en particulier et pourquoi ?

2 Synthèse des réponses

[283] Il ressort des réponses apportées au questionnaire que dans 13 des 19 pays répondants, il n'existe pas de politique nationale visant à impliquer les hôpitaux dans les actions de prévention primaire. À l'inverse, Chypre, la Finlande, l'Irlande, l'Italie, la Pologne, la Roumanie et le Royaume-Uni ainsi que la Lituanie (pour la gériatrie) ont fait état d'activités systématiques de prévention primaire.

[284] Parmi ces six pays,

- Seuls, l'Irlande, le Royaume-Uni et le Danemark s'appuient explicitement sur la démarche « *Make every contact count* » (MECC).
- Huit d'entre eux (Chypre, Finlande, Irlande, Italie, Lituanie, Pologne, Roumanie et Royaume-Uni) ont mis en place des incitations à la prévention primaire, de nature financière pour cinq d'entre eux (Italie, Lituanie, Pologne, Roumanie, Royaume-Uni) sous la forme de financements complémentaires versés aux établissements de santé concernés.

[285] La mobilisation des personnels en matière d'actions de prévention primaire concerne, elle, principalement les infirmières et les médecins et porte sur les addictions (tabac, alcool), l'obésité et les conduites alimentaires à risques. Les actions engagées se heurtent toutefois à des contraintes liées à la disponibilité en nombre et en temps des personnels de santé, lesquels ne sont pas totalement formés (en plus de leur cursus initial) quand il s'agit qu'ils entreprennent de telles actions. Le manque de données sur des actions probantes est une limite également citée.

[286] Au terme de son analyse sur les remontées en provenance des pays ayant répondu à sa sollicitation, l'observatoire constate que les démarches inspirées de MECC sont faiblement répandues et conclut à une « occasion manquée ».

3 Détail de certaines réponses

3.1 Prévention et promotion de la santé

[287] Dans son rapport, l'observatoire rapproche la mise en œuvre d'actions de prévention primaire de la démarche des « hôpitaux internationaux promoteurs de santé » initiée par l'organisation mondiale de la santé (OMS). Elle rassemble dans un réseau international (« *Health Promoting Hospitals* », HPH) les établissements de santé qui s'appuient sur les principes de promotion de la santé tels que développés par l'OMS pour améliorer l'état des patients¹⁸².

¹⁸² D'après l'OMS, la promotion de la santé désigne le processus qui permet aux populations d'améliorer la maîtrise de leur santé et de ses déterminants et, par conséquent de l'améliorer (chartes d'Ottawa de 1986 et de Bangkok de 2005). Elle porte sur « des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus, et d'autre part sur 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. » (« Prévention et promotion de la santé : de quoi parle-t-on ? », F.ALLA, L.CAMBON et F. CHAUVIN, Actualité et dossiers en santé publique, n° 103, juin 2018

[288] La démarche vise à promouvoir une approche globale de la santé au-delà des épisodes de soins en mettant l'accent dans les hôpitaux sur les conditions de travail des professionnels et l'accueil des patients ainsi que la coopération avec les professionnels de santé extrahospitaliers. En 2022, le réseau comprend 524 hôpitaux et services de santé dont certains en Finlande, la Slovénie ou la Pologne. L'observatoire européen des systèmes et politiques de santé déduit de ce faible nombre l'ampleur limitée des actions de prévention primaire dans les établissements de santé tout en indiquant que la légère contraction du réseau international de HPH est probablement dû au manque de ressources humaines pour mener le changement et les conséquences du COVID-19.

[289] La Finlande est l'un des pays qui encourage le plus largement et le plus activement (via une incitation financière) l'engagement des établissements de santé dans la prévention primaire.

3.2 Actions de formation

[290] En termes de formation, des actions sont imposées au Royaume-Uni à l'ensemble des personnels de santé via des modules de courte durée sur MECC. En Irlande, de telles formations sont facultatives (ou semblent l'être, d'après l'observatoire européen). Pour autant, le taux de formation des personnels y est relativement élevé. En Roumanie, les actions de formation sont imposées au seul personnel hospitalier chargé d'actions de prévention primaire.

3.3 Évaluation

[291] Dans les quatre pays qui ont confié à leurs hôpitaux le soin de déployer des actions de prévention primaire, l'évaluation semble limitée même s'il existe des preuves de l'efficacité et de l'efficacité des interventions brèves en matière de lutte contre le tabac et la consommation d'alcool.

[292] En Finlande, un portail des meilleures pratiques est en place qui permet de réaliser des comparaisons. Certaines évaluations ciblées sont opérées par ailleurs sur des interventions de sevrage tabagique avant une opération de chirurgie orthopédique et sur celles d'infirmières visant à prévenir les lésions dues à la pression dans les soins aigus.

[293] En Italie, l'évaluation de l'efficacité de certaines actions de prévention primaire dans les hôpitaux s'appuie sur l'étude CV-PREVITAL, un essai de recherche clinique déployé dans un réseau de cardiologie composé de 14 hôpitaux qui vise à comparer deux types d'interventions (mobile / sédentaire) pour réduire les facteurs de risque cardiovasculaires.

[294] En Irlande et au Royaume-Uni, un certain nombre d'évaluations de l'approche MECC ont été entreprises notamment sur la formation et la perception de celle-ci par le personnel. Si son contenu est jugé « acceptable », son existence est quant à elle perçue comme essentielle aux yeux des bénéficiaires car elle répond à un besoin souvent exprimé avant d'entreprendre des démarches inspirées de MECC.

[295] Sur la mise en œuvre de MECC, il ressort des évaluations réalisées au Royaume-Uni le constat d'une implication différente des personnels d'où la nécessité d'une orientation nationale et harmonisée pour son déploiement. Le manque de preuves sur l'efficacité des interventions dans l'état de santé de tous les jours contribue à réduire l'adhésion et l'engagement dans ce

programme. La croyance en l'efficacité des interventions dans la vie de tous les jours et la priorisation des choix en matière d'intervention des personnels de santé sont des facteurs clé de réussite de la démarche. À l'inverse, la surcharge des personnels soignants, la priorité accordée aux soins, l'absence de connaissances et de compétences en matière de prévention primaire et l'absence de services ou de personnels dédiés conduisent à réduire son impact, comme cela a été observé en Hongrie.

3.4 Ciblage des actions

[296] Le sevrage tabagique, la réduction de la consommation d'alcool, la lutte contre l'obésité et les risques alimentaires sont les facteurs de risques les plus couramment visés par des actions de prévention primaire.

[297] En Italie, un certain nombre d'initiatives visent à lutter contre la consommation d'alcool (mais pas la dépendance) autour d'interventions courtes d'une durée de 10 à 15 minutes qui ont été jugées efficaces et rentables. En revanche, les interventions prolongées (avec des durées plus longues et/ou des sessions multiples) ne semblent pas avoir un impact plus important sur la consommation d'alcool.

[298] La responsabilisation des professionnels de santé sur la détection des risques est essentielle. Dans toute la province de Trente et à l'hôpital Careggi de Florence, un poste de "référént alcool » a été créé. Il s'agit généralement d'une infirmière ayant reçu une formation spécialisée et qui est chargée de l'identification précoce. Des interventions spécifiques sont également menées en Italie pour prévenir le tabagisme, en soutenant la création d'hôpitaux sans tabac. Ces interventions visent non seulement à transmettre un message fort en matière de santé afin de protéger les patients, mais aussi à réduire les pertes causées par le tabagisme au fonctionnement du système de santé en raison de l'absence du personnel hospitalier. Des initiatives culturelles ont été prises au travers d'expositions de photos avec des images et des slogans sur l'impact de la cigarette y compris sur l'environnement au travers des dommages causés par les incendies. Placées dans l'hôpital, elles visent à promouvoir un changement culturel et prévenir le tabagisme.

[299] En Roumanie, les hôpitaux sont sollicités par l'agence nationale d'accréditation pour diffuser des messages et outils à destination de leurs patients, principalement via internet. Les sages femmes sont ainsi incitées à prodiguer des conseils en matière d'allaitement.

[300] Au Royaume-Uni, le plan de long terme du NHS prévoit des outils de sevrage tabagique destinés aux patients fumeurs admis à l'hôpital et l'intervention d'équipes de soins auprès des personnes dépendantes à l'alcool. Le NHS encourage également son personnel à discuter systématiquement d'obésité avec les patients en vue de les orienter correctement.

[301] En Écosse, un programme baptisé « interventions brèves en matière d'alcoolisme » a été créé par le Public Health qui porte sur des interventions brèves et des échanges apaisés (« non confrontational ») sur la consommation nocive et excessive d'alcool. Les services d'urgence ont été ciblés en priorité pour réaliser ces interventions.

[302] En Hongrie, deux institutions se distinguent par leur actions en matière de prévention ciblées sur certains risques et certains publics : *l'Institut national Korányi contre la tuberculose et les maladies respiratoires* qui vise la consommation de tabac en général avec par exemple une

campagne spécifique en 2018-2021 en direction des plus jeunes, et l'hôpital pour enfants de Bethesda qui est engagé depuis de nombreuses années dans des actions de prévention primaire ciblées sur la jeunesse et jugées nécessaires par les pratiques hospitalières. Ces deux institutions abritent chacune une unité spécialisée et dédiée à la prévention.

4 Exemple du Canada

[303] Hors Europe, le Canada s'est distingué très tôt par l'engagement de ses établissements dans des actions de prévention primaire. Ce n'est pas un hasard si c'est à Ottawa qu'a été adoptée en 1986 la charte de l'OMS pour la promotion de la santé. Pour autant, dès le début, des difficultés ont été relevées en matière de prise en charge financière desdites actions et il a été mis fin à cet engagement durant les années 2010 en raison des grandes difficultés financières auquel le système de santé a dû faire face.

5 Tableau des réponses pour chaque pays¹⁸³

	Actions de préventions primaires systématiques dans les établissements de santé	Existence d'incitations	Incitations financières	Mise en œuvre de l'approche MECC	Conditions préalables de mise en œuvre de MECC	Types de professionnels de santé impliqués	Evaluation	Ciblage sur certaines maladies ou certains risques
Allemagne	Non	Non	Non	Non	s.r	s.r	s.r	s.r
Belgique	Non	Non	Non	Non	s.r	s.r	s.r	s.r
Bulgarie	Non	Non	Non	Non	s.r	s.r	s.r	s.r
Croatie	Non	Non	Non	Non	s.r	s.r	s.r	s.r
Chypre	Oui	Non	Non	Non	Formation professionnelles continue	Principalement des médecins qui appartiennent au secteur des soins primaires. Egalement quelques infirmières	Non	Obésité, diabète, tabac, éducation sexuelle des adolescents, exposition solaire, alcool
Danemark	Non	Non	Non	Implicitement	Pas de guide ou d'encadrement national	Des médecins et des infirmières	Non	Alcool et tabac

¹⁸³ « s.r » = sans réponse

RAPPORT IGAS N°2023-084R

Finlande	Oui	Oui	Financement central fondé sur un nombre de patients et sur la performance en terme d'amélioration de la santé	Non	Formation initiale et continue	Des infirmières spécialisées en lien avec des médecins et des pharmaciens	Evaluations spécifiques, bonnes pratiques, portail sur la prévention des comportements	Interventions sur le tabac préalable à des interventions chirurgicales, prévention des chutes, malnutrition, tabac, alcool
-----------------	-----	-----	---	-----	--------------------------------	---	--	--

	Actions de préventions primaires systématiques dans les établissements de santé	Existence d'incitations	Incitations financières	Mise en œuvre de l'approche MECC	Conditions préalables de mise en œuvre de MECC	Types de professionnels de santé impliqués	Evaluation	Ciblage sur certaines maladies ou certains risques
Hongrie	Non	Non	Non	Non	Pas clair	Personnels non médicaux (diététiciens, pharmaciens, physiothérapeutes)	Non	s.r
Irlande	Oui	Non	Non	Oui	s.r	tous les professionnels de santé	Quelques études	tabac
Italie	Oui	Oui	Non	Pas explicitement	Non	Médecine interne, pédiatres, gynécologues-obstétriciens, médecins, spécialistes des maladies infectieuses, infirmières, personnels soignants, économistes de la santé	Exemple du programme Prévital (cardiologie)	Risques cardiovasculaires, diabète, tabac, alcool, alimentation
Lettonie	Non	Non	Non	Non	s.r	s.r	s.r	s.r
Lituanie	Pas généralisé mais obligatoire en gériatrie	Oui	15 jours pris en charge par patient et par an	Non	Formation professionnelles continue	Médecins, infirmières et d'autres professionnels	s.r	Syndromes gériatriques et / ou désordres alimentaires, et / ou polypathologies et / ou risques chutes

RAPPORT IGAS N°2023-084R

	Actions de préventions primaires systématiques dans les établissements de santé	Existence d'incitations	Incitations financières	Mise en œuvre de l'approche MECC	Conditions préalables de mise en œuvre de MECC	Types de professionnels de santé impliqués	Evaluation	Ciblage sur certaines maladies ou certains risques
Pays-Bas	Non	Non	Non	Non	s.r	s.r	s.r	s.r
Pologne	Oui	Oui	Financements complémentaires	Non	Volontariat	Principalement des infirmières	s.r	s.r
Portugal	Non	Non	Non	Non	s.r	s.r	s.r	s.r
Roumanie	Oui	Oui	Montant forfaitaire par patient	Non	Formation spécifique	Tout médecin	Non	Alcool et tabac
Slovénie	Non	Non	Non	Non	s.r	s.r	s.r	s.r
Suisse	Non	Non	Non	Non	s.r	s.r	s.r	s.r
Royaume-Uni	Oui	Oui	Versement en fonction du nombre de patients en soins aigus ou en maternité qui se sont vus remettre un kit de sevrage tabagique ou une orientation vers le service de lutte contre l'obésité	Oui	Formation spécifique de courte durée	Principalement des médecins et des infirmières	un certain nombre d'évaluation existent mais reposant principalement sur une approche qualitative	Obésité, tabac et alcool

ANNEXE 3 : Réponses des ARS au questionnaire de la mission sur les actions de prévention primaire

[304] Une enquête SOLEN a été adressée par l'IGAS à toutes les ARS en décembre 2023. Les 18 ARS ayant répondu, ses résultats ont été exploités en janvier 2024 avec l'aide du pôle informatique de l'IGAS afin de nourrir les réflexions de la mission, d'orienter les visites de terrain et de préparer le cahier des charges.

[305] Loin d'être un recensement exhaustif, cet échantillon remonté dans un temps contraint vise à donner un aperçu des actions les plus significatives. L'exploitation intégrale du questionnaire a de ce fait été anonymisée et ne présente que des tendances générales.

1 L'identification par les ARS des bonnes pratiques des établissements de santé en matière de prévention primaire

[306] Plus d'une centaine de bonnes pratiques en matière de prévention primaire en établissement de santé ont été repérées et 34 exemples ont été développés.

[307] D'après les 15 ARS répondantes sur cet item, 34 établissements de santé ont mis en œuvre de telles actions parmi lesquels une majorité (58 %) des centres hospitaliers, des CHU, des cliniques privées et des centres de lutte contre le cancer (CLCC).

[308] Ces actions portent en premier lieu sur les maladies respiratoires liées au tabac (dans la moitié des cas), puis sur les cancers, les maladies cardiovasculaires, celles liées à l'alcool et à la mauvaise alimentation.

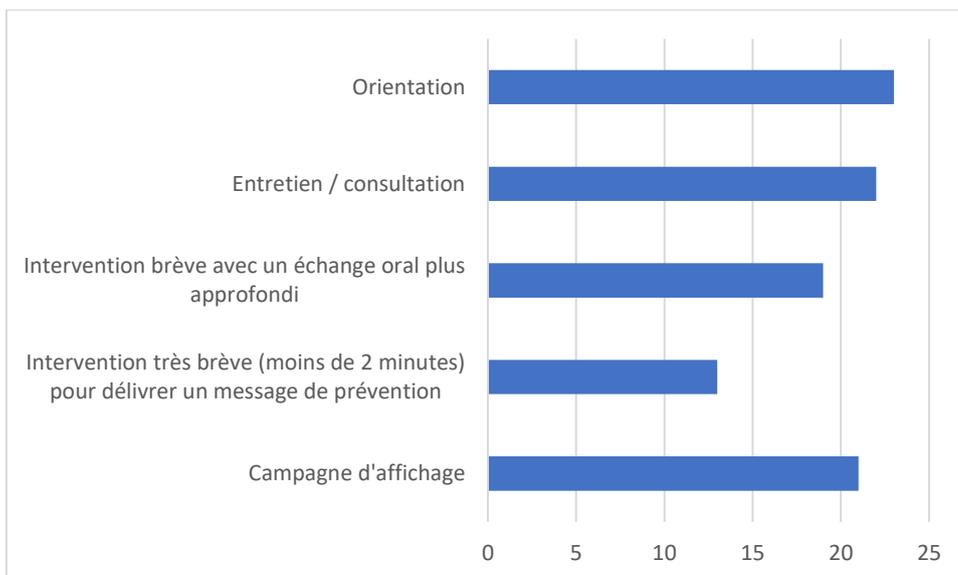
[309] Les femmes enceintes sont le premier public ciblé¹⁸⁴ suivies par les personnels des établissements et les publics socialement défavorisés.

[310] Les personnels impliqués dans ces actions sont les médecins, les infirmiers, les sage-femmes, mais également les autres professionnels de santé et du soin, des médiateurs, chargés de mission, travailleurs sociaux et autres personnels administratifs.

[311] Les actions engagées portent sur les modalités d'intervention suivantes ¹⁸⁵ :

¹⁸⁴ Des actions spécifiques sont déployées en direction des femmes enceintes comme un accompagnement dédié pour celles d'entre elles ainsi que leur entourage qui consomment des substances psychoactives et ce jusqu'au un an de l'enfant

¹⁸⁵ Plusieurs réponses sont possibles par ARS et pour chacun des établissements de santé cités.



[312] Les orientations se font très majoritairement vers un professionnel de santé (avec une prise de RV le cas échéant) et plus accessoirement vers une structure gérée par une collectivité locale, un autre établissement de santé ou une association.

[313] Les établissements s'appuient sur certains programmes et actions labellisés (Lieu de santé sans tabac, Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB), Lieu de santé promoteur de santé (LSPS), 1000 Premiers Jours) pour déployer leurs actions.

[314] Entre 2022 et 2024, les actions liées à la prévention primaire identifiées par les ARS ont été financées via des dotations annuelles (50 % des montants des crédits versés), biannuelles (20 %) ou tri-annuelles (25 %). Très peu d'actions sont financées par des crédits pérennes.

[315] Les crédits engagés financent en premier lieu du temps paramédical ou médical (23 % des actions mises en œuvre) puis des actions de formation (18 %), des achats de supports (16 %), de la création ou des aménagements d'espaces (12,5 %), des recrutements (12 %).

[316] Environ trois-quarts des actions engagées font l’objet d’une contractualisation entre l’établissement de santé et l’ARS portant sur des objectifs précis avec des indicateurs de résultat associés. Par exemple :

Thème	Actions financées	Exemples d’indicateur de résultat associés
tabac	Améliorer et systématiser le repérage, la sensibilisation et l’accompagnement des patientes fumeuses, de leur entourage et des professionnels de santé	Nombre de patientes vues au sein d’une file active Nombre et types de consultations organisées (consultations externes / de liaison / téléphoniques)
nutrition	Développer des actions visant à promouvoir une meilleure alimentation	Nombre d’ateliers nutrition mis en place Taux de fréquentation
santé environnementale	Délivrer des kits (« mallette verte ») proposant des produits sans perturbateurs endocriniens	Nombre de kits délivrés
formation	Sensibiliser les professionnels de la périnatalité dans le repérage et la prise en charge des femmes ayant des consommations à risque.	Nombre d’IDE formées Proportion de patients recevant un conseil minimal complet

[317] D’après les ARS répondantes, une grande partie des actions engagées s’inscrit dans le cadre de partenariats avec des associations en premier lieu puis avec d’autres établissements de santé, des CPTS, la médecine de ville, les collectivités territoriales (bloc communal, départements) ou les caisses primaires d’assurance maladie.

2 Le contenu du financement et du cahier des charges sur la prévention primaire

[318] Dans un deuxième temps, les ARS ont été questionnées sur le cahier des charges que la mission doit préparer à leur attention afin de lancer la phase pilote.

[319] Au-delà du repérage des bonnes pratiques territoriales, le questionnaire adressé par la mission aux ARS avait pour objet de les interroger sur leur vision du cahier des charges que la mission est chargée de bâtir à leur attention.

[320] Sur les 18 ARS répondantes, la quasi-totalité ne cite pas d’obstacles actuels au déploiement des actions de prévention primaire en ES. Les limites citées tiennent au défaut de formation préalable, à l’absence de temps d’intervention ou au manque de crédits. Ces obstacles se retrouvent dans une optique de généralisation avec comme principales limites citées : le temps disponible pour les professionnels, des montants de crédit insuffisants, des difficultés à faire la

démonstration rapide des effets probants, un suivi administratif trop lourd ou un calendrier trop court pour la montée en charge.

[321] La quasi-totalité des ARS préconise :

- un financement pluriannuel (de préférence par le FIR pour 11 d'entre elles ou les MIG/AC) ;
- des actions ciblées sur un nombre limité de déterminants de santé ou de pathologies évitables, en lien avec le projet régional de santé (PRS) ;
- des actions concrètes, mesurables et portées tant au niveau institutionnel qu'au niveau de la gouvernance de l'ES ;
- une contractualisation resserrée sur un nombre restreint d'objectifs et d'indicateurs avec une méthodologie de suivi des projets financés ;
- l'inscription des projets dans le cadre territorial (ressources d'aval, PRS,...) ;
- un simple partage de l'information dans le cadre de groupes de travail thématiques régionaux .

ANNEXE 4 : Plan de financement des actions de prévention primaire dans les établissements de santé

Volet	Objet	Montant (en M€) pour 100 ES volontaires en 2025	Détail	Montant cible (en M€, en 2027)
Formation	Conception des formations et des outils s'y rapportant	1,3	Conception des programmes (0,25) + construction des outils et hébergement sur la plateforme (0,4) + coût des formateurs (0,05) + évaluation embarquée (0,4) + développement du SI (0,2)	0
	Formation des personnels	0,66	Formation des 100 animateurs (0,416) + formation des 100 relais (0,082) + formation des personnels dans les ES (0,167)	9,98
Animation		5,3	Financement de 0,25 à 0,5 ETP par ES	79,5
Interventions auprès des patients		4,875	Financement des interventions MECC à partir d'un seuil de 5 625 contacts	73,13
TOTAL		12,1		162,6

Hypothèses retenues pour le financement :

- Personnels sollicités :
 - cadres de direction en tant qu'animateurs, au coût annuel chargé de 106 K€/an¹⁸⁶
 - cadres de santé en tant que relais, au coût annuel chargé de 82 K€ / an
 - infirmiers diplômés d'Etat en tant que relais des animateurs, au coût annuel chargé de 65 K€/an

- Temps d'animation :
 - en phase pilote : hypothèse selon laquelle les établissements mobilisent 0,5 ETP de cadres de direction soit $(100 \times 0,5 \times 106 \text{ k€}) = \mathbf{5,3 \text{ M€}}$
 - en phase de généralisation, le chiffrage est réalisé sur ces mêmes bases

- Formation :
 - Conception de la formation :
 - conception des programmes : 0,250 M€
 - construction de la plateforme : 0,400 M€
 - évaluation embarquée : 0,400 M€
 - coût des formateurs : 0,05 M€
 - développement du système d'information : 0,200 M€
 - Total conception de la formation : **2 M€**
 - Actions de formation pour la phase de lancement :
 - 5 jours pour les 100 animateurs
 - Titulaires : (1 cadre de direction à 106 K€ / an : $106 / 12 / 4,33$ semaines par mois) / 5 jours soit 408 € / jour x 5 jours) + 83 € d'inscription : 2 123 € / semaine de formation x 100 établissements
 - Remplaçants : 2 040 € pour 5 jours x 100 établissements
 - Total : 0,416 M€ pour 100 établissements
 - 1 jour pour les 100 relais
 - Titulaires : (cadres de santé à 82 K€ / an) : 369 € / jour + 83 € d'inscription = 452 € / jour x 100 établissements : 0,045 M€
 - Remplaçants : 369 € / jour x 100 établissements : 0,036 M€
 - Total : 0,082 M€ pour 100 établissements
 - 3 h pour les personnels à raison de 5 IDE dans chaque établissement :
 - Titulaires : (IDE à 65 K€ / an) : 126 € pour 3 heures + 83 € d'inscription x 5 IDE qui se forment par ES x 100 ES = 0,104 M€
 - Remplaçants : 126 € x 5 IDE x 100 ES = 0,063 M€

¹⁸⁶ Le montant des coûts de personnel et de formation a été communiqué à la mission par la direction d'un CHU.

- Total : 0,167 M€ pour 100 établissements
- Total pour les actions de formation : **0,665 M€**
- Interventions :
 - Hypothèses retenues sur la nature des interventions pour les calculs opérés :
 - très brèves (60 % des interventions)
 - brèves (30 % des interventions)
 - orientations (10 % des interventions)
 - Hypothèses retenues pour le nombre et la durée des interventions auprès des patients :
 - 4 interventions très brèves de 5' = 20'
 - 2 interventions brèves de 10' = 20'
 - 1 orientation de 20' = 20'
 - soit 7 interventions par heure x 1607 heures = 11 250 interventions par an pour un ETP d'IDE
 - Phase de lancement :
 - Une moitié des établissements va mobiliser 0,5 ETP d'IDE, soit 5 625 interventions par établissement et 281 250 interventions pour ces 50 établissements
 - L'autre moitié des établissements va mobiliser l'équivalent d'1 ETP d'IDE par an, soit 11 250 interventions par établissement et 562 500 interventions pour ces 50 établissements
 - Au total, les 100 établissements retenus en phase de lancement seront à l'origine de 843 750 interventions
 - En coût, le coût de réalisation de ces interventions durant la phase de lancement sera de :
 - 1,625 M€ pour les 50 ES qui mobilisent 0,5 ETP d'IDE
 - 3, 250 M€ pour les 50 ES qui mobilisent 1 ETP d'IDE
 - soit au total **4, 875 M€.**
 - Phase de déploiement
 - Hypothèse selon laquelle deux tiers des 2 273 établissements de santé de MCO et d'HAD vont déployer des actions de préventions primaire

Le lancement des actions de prévention primaire en 2025 dans 100 établissements de santé pilotes représenterait un coût total de **12 millions d'€**.

En cible 2027 et en retenant l'hypothèse d'un déploiement dans deux tiers des 2273 établissements de santé MCO et HAD (soit 1 500 établissements)¹⁸⁷, la dépense globale se chiffrerait à **163 M€** (les dépenses relatives aux coûts de conception de la plateforme n'ayant plus lieu d'être). Les chiffreages intermédiaires pour les années 2026 et 2027 dépendront du rythme souhaité de la montée en charge.

¹⁸⁷ Les hypothèses suivantes sont conservées : 50 % des établissements mobilisent 0,5 ETP et 50 % des établissements mobilisent un ETP.

ANNEXE 5 : Projet de cahier des charges à destination des ARS

[322] Le présent appel à candidature est proposé aux ARS pour les accompagner dans la sélection des établissements de santé exerçant des activités de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique et des structures d'hospitalisation à domicile ayant vocation à mettre en place en 2025 des actions de prévention primaire auprès de leurs patients.

[323] Le document proposé présente les objectifs et les critères de sélection desdits établissements.

[324] La date limite de soumission des candidatures est fixée au XX.

SOMMAIRE

1	LE CONTEXTE ET L'OBJET DE L'APPEL À CANDIDATURE	85
2	LES MODALITES DE LA MONTEE EN CHARGE EN PHASE PILOTE	86
3	LES OBJECTIFS DU DEPLOIEMENT ET DE LA GENERALISATION	87
4	LA NATURE DES PROJETS SOUTENUS	88
5	LE SUIVI ET L'EVALUATION DE LA PHASE PILOTE	90
6	LES MODALITES DE FINANCEMENT DES PROJETS	91
7	LA RECEVABILITE DES CANDIDATURES	92
8	LES CRITERES DE SELECTION DES PROJETS	93
9	LA PROCEDURE DE RECEPTION ET D'INSTRUCTION DES CANDIDATURES	94
10	LES CONTACTS ET INFORMATIONS UTILES	95

1 LE CONTEXTE ET L'OBJET DE L'APPEL À CANDIDATURE

[325] La réforme du financement des établissements de santé définie dans le cadre du PLFSS pour 2024 constitue un changement majeur avec la définition de trois compartiments : une part de rémunération à l'activité, un financement sur objectifs de santé publique et un financement prenant en compte les missions des établissements. Cette réforme concerne l'activité de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) des établissements de santé et des structures d'hospitalisation à domicile (HAD), quel que soit leur statut public ou privé.

[326] Le financement sur objectifs de santé publique porte en particulier sur la mise en œuvre d'actions de prévention primaire auprès des patients établissement de santé et des structures d'HAD.

[327] La réforme envisagée vise donc à opérer un changement systémique en accroissant la part de financement consacrée à la prévention primaire¹⁸⁸ pour en faire une composante à part entière du financement des établissements de santé MCO et HAD, au même titre que le soin, permettant ainsi d'aller vers un abord plus global des malades.

[328] Le choix de financer les actions de prévention primaire en établissement de santé et de cibler certains déterminants précis répond à un besoin de santé publique.

[329] De plus en plus de rapports¹⁸⁹ soulignent le caractère impératif du virage préventif. La réduction de la morbidité et de la mortalité évitables constitue dès lors un enjeu majeur que doit relever la mise en œuvre d'actions de prévention primaire, sous réserve qu'il s'agisse d'actions probantes, c'est-à-dire qui ont fait la preuve de leur efficacité.

[330] Le déploiement en 2024 des « bilan de prévention » financés par l'assurance maladie et organisés aux âges clé de la vie dans le cadre d'entretiens avec des professionnels de santé en ville s'inscrit dans cette logique.

[331] Pour maximiser l'impact et l'effet massifiant des actions de prévention primaire engagées par les établissements de santé, il est prévu de concentrer le financement sur celles qui ont déjà montré leur pertinence en s'inspirant de l'exemple anglais notamment.

[332] Pour suivre le déploiement des actions et mesurer leur efficacité à partir d'indicateurs de santé publique, un dispositif d'évaluation doit être également installé.

[333] Les quatre déterminants de santé retenus en phase pilote sont : le tabac, l'alcool, l'alimentation et l'activité physique.

[334] Selon Santé publique France, ces quatre déterminants couvrent 40 % de la morbidité et mortalité évitables. Les traiter conduit également à aborder d'autres enjeux que ceux liés à la santé publique : lutte contre les violences intrafamiliales, prévention routière, bien-être des populations au sens large...

¹⁸⁸ Moins de 0,5 % des financements sont consacrés à la prévention dans le système français actuel.

¹⁸⁹ Dans son rapport de 2018, le Haut conseil de santé publique a relevé l'importance du rôle de tous les offreurs de soins en soulignant la nécessité de les mettre en synergie notamment sur le plan territorial dans le cadre de parcours de prévention et de soin.

[335] Le ciblage du financement sur les actions visant ces quatre principaux déterminants de santé n'exclut pas qu'en tant qu'ARS, vous puissiez retenir d'autres thèmes en lien avec les priorités arrêtées au Projet régional de santé (PRS) ; ni même que les établissements de santé poursuivent d'autres programmes existants au décours de ces actions.

[336] Ainsi, les labels du type « Hôpital promoteur de santé », « Initiative Hôpital Ami des Bébés » ou « Lieu de santé sans tabac », ou encore des manifestations à destination du grand public sur de thématiques relatives à la prévention primaire, et d'une manière générale les initiatives dans le champ « promotion de la santé » conservent toute leur légitimité, mais n'entrent pas dans le champ couvert par cet appel à candidature.

[337] En outre, pour éviter d'appréhender d'emblée un champ trop large, sont également exclus les actions de prévention secondaire et tertiaire au sens de l'organisation mondiale de la santé, les dépistages et les vaccinations, ainsi que l'éducation thérapeutique.

[338] En conséquence, il s'agit de compléter les dispositifs existants en créant pour les établissements de santé un objectif spécifique de prévention primaire et en promouvant une méthode d'intervention, avec un financement dédié et pérenne.

2 LES MODALITES DE LA MONTEE EN CHARGE EN PHASE PILOTE

[339] La réduction des inégalités de santé constitue une priorité de santé publique et le principe d'universalisme proportionné défini par Sir Michael Marmot permet de guider la mise en place d'actions efficaces pour y parvenir ¹⁹⁰.

[340] L'intégration de la prévention primaire comme une composante du financement, complémentaire des soins, explique la volonté d'un ciblage sur des actions probantes et une méthodologie de déploiement inspirée du programme MECC développé au Royaume-Uni.

[341] Ce programme « *Making every contact count* » (MECC) repose sur l'exploitation de la multiplicité de contacts et d'interactions à l'hôpital entre les patients et les professionnels de santé pour faire un point sur la prévention. Pour les patients hospitalisés (hors passage aux urgences) et volontaires, des interventions très brèves (moins de 2 minutes), brèves (jusqu'à 10 minutes) ou une orientation (vers des spécialistes au sein ou à l'extérieur de l'établissement) par les professionnels de santé visent à prévenir des comportements non favorables à la santé. Ce programme MECC (cf. annexe) est déployé depuis une dizaine d'années en Grande-Bretagne et est désormais intégré aux soins en routine, les évaluations successives ayant montré son efficacité.

[342] La mortalité prématurée et la morbidité liées notamment aux cancers, ou aux maladies cardiovasculaires et respiratoires constitueront des enjeux majeurs de la phase pilote en France. Une politique volontariste en termes de prévention doit permettre de faire régresser ces pathologies évitables, compte tenu de l'impact des facteurs comportementaux dans leur

¹⁹⁰ « 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 » : Marmot, M., « Fair society, healthy lives ». Strategic review of health inequalities in England post-2010. The Marmot Review, February 2010.

développement. Il s'agit de s'appuyer tant sur une méthode probante que sur des techniques d'intervention éprouvées et des messages fiables ; cela suppose que les intervenants soient formés en ce sens et que la dynamique soit déployée en mode projet.

[343] Le système britannique, dans un contexte certes très différent du système français, a su impulser cette mobilisation des compétences en faveur de la prévention primaire et obtenir des résultats tangibles et évalués, tant sur les décès ainsi évités que sur les économies réalisées par le système de soin. C'est la même dynamique qui, selon divers rapports¹⁹¹, doit être impulsée en France.

[344] L'adaptation pour les établissements de santé français de l'approche MECC et la mise en œuvre des modalités opérationnelles de financement seront garanties par une phase pilote sur l'année 2025 avec un accompagnement financier dédié structuré et incitatif par l'ARS.

[345] Afin d'adapter le modèle MECC au contexte français, de permettre aux acteurs de se l'approprier à brève échéance, et aux pouvoirs publics d'affiner les mécanismes de financement, le déploiement de la réforme est prévu en deux temps :

[346] - Une phase pilote en 2025 s'appuyant sur le présent appel à candidatures. Sur la base du volontariat d'une centaine d'établissements de santé (soit 5 environ par région comprenant des établissements du secteur privé et une structure d'HAD), le panel le plus large de porteurs de projet sera recherché afin d'ajuster les prérequis et conditions de réussite de la généralisation ;

[347] - La montée en charge rapide, sitôt pris en compte les ajustements portés en phase pilote fin 2025, avec la recherche d'un effet massifiant dès 2026 pour une généralisation sur 3 ans.

[348] La présente phase pilote est financée dans le cadre du PLFSS pour 2025 avec la sélection. L'enveloppe sera ajustée à compter du PLFSS 2026 pour généraliser le dispositif dans un cadre financier pérenne.

3 LES OBJECTIFS DU DEPLOIEMENT ET DE LA GENERALISATION

[349] Les objectifs généraux du présent appel à candidatures sont les suivants :

- Ouvrir une phase pilote avant généralisation des nouvelles modalités de financement des actions de prévention primaire au sein des établissements de santé,
- Sélectionner un panel représentatif d'une centaine d'établissements de santé volontaires pour la mise en œuvre du programme,
- Accompagner ces établissements dans le déploiement de la démarche MECC adaptée au système français (choix des services et des ressources, formation des personnels, tests de mise en œuvre de la méthode et des outils, ...),

¹⁹¹ S'agissant de la prévention, un des sous-titres du rapport du Pr Chauvin de 2021 « Dessiner la santé publique de demain » était : « Comblen en 10 ans le retard de la France en espérance de vie en bonne santé » ; autre rapport sur le sujet : « La politique de prévention en santé », Cour des comptes, novembre 2021.

- Dimensionner au mieux les dispositifs de suivi, de *reporting*, d'évaluation et de financement,
- Préparer les modalités de la généralisation France entière sur l'ensemble des établissements concernés à échéance de 3 ans.

[350] Le nombre de dossiers sélectionnés et financés sera limité afin de favoriser les projets structurés et susceptibles de toucher un large public au sein de l'établissement (professionnels et patients).

[351] La phase pilote permet d'articuler les deux volets d'une réforme à la fois financière et située dans un cadre territorial, coordonnée par l'Agence régionale de santé.

[352] En phase pilote, les objectifs pour l'établissement de santé volontaire sont de deux ordres :

- qualitatifs : impulser et mettre en œuvre les conditions favorables au déploiement du programme (présentation en interne, identification des ressources et services concernés, formation des professionnels, formalisation des process et circuits, conditions favorables aux interventions, établissement le cas échéant d'une cartographie d'orientation du patient, élaboration des outils de suivi et d'évaluation...);
- quantitatifs : un seuil significatif de déclenchement des financements (potentiellement modulable en fonction de la taille de la structure) est fixé à un minimum de 5625 interventions¹⁹².

[353] Les candidats retenus bénéficieront de l'ingénierie mise en œuvre au niveau national en termes de formation et d'outillage notamment, et du financement par l'ARS de tout ou partie du projet présenté.

[354] Les actions ainsi soutenues permettront à l'ensemble des établissements de santé de la région de disposer d'un retour d'expérience, à valeur d'exemple, et de faciliter la généralisation progressive des actions de prévention primaire sur le territoire national.

[355] Dans le respect de la méthodologie nationale et en cohérence avec les priorités du Projet régional de santé, l'ARS s'attachera à la bonne articulation des démarches, dans une optique de massification des interventions et d'un impact significatif à terme sur les indicateurs locaux de santé publique.

4 LA NATURE DES PROJETS SOUTENUS

Sur la base du socle d'intervention (les quatre déterminants de santé) et de la méthodologie (adaptation de MECC) définis au niveau national, les modalités de déploiement sont laissées à l'appréciation des établissements de santé volontaires, sous le contrôle des ARS. Leur projet pourra ainsi concerner l'ensemble de la structure ou cibler un service ou un pôle, et conséquemment tout ou partie du personnel et du public accueilli.

¹⁹² Ces 5625 interventions auprès des patients correspondent à la dédicace minimale de 0,5 ETP aux actions de préventions primaires pour réaliser l'activité suivante en une heure : 4 interventions très brèves de 5 minutes chacune auxquelles s'ajoutent 2 interventions de 10 minutes et une orientation de 20 minutes. Ces hypothèses ont été fixées à partir de l'expérience des hôpitaux britanniques.

[356] Les établissements de santé sont aussi des employeurs. La prévention primaire dans le soin, bénéfique avant tout pour le patient, présente également l'externalité positive de renforcer l'attrait des métiers exercés par des professionnels de santé qui font régulièrement état d'une perte de sens dans les gestes qu'ils pratiquent.

[357] Véritable outil d'attractivité pour des métiers en souffrance, la prévention primaire peut constituer un levier managérial au titre de la qualité de vie au travail et de la responsabilité sociale de l'organisation. En lien avec d'autres acteurs (mutuelles, AMAP, collectivités...), des incitatifs peuvent être spécifiquement pensés pour le personnel des établissements et leur entourage (kits de sevrage tabagique, cocktails sans alcool, paniers de fruits et légumes, activités sportives,...).

[358] Il est en effet établi que l'efficacité de la démarche MECC est démultipliée auprès des patients quand les messages leur sont délivrés par des professionnels qui les ont reçus eux-mêmes préalablement et ont fait évoluer en conséquence leurs comportements. Au vu des problématiques constatées au sein du système français, notamment dans le cadre de la consultation nationale menée en 2022 et 2023 auprès de 50.000 professionnels de santé, la question de la santé des soignants constitue l'une des priorités stratégiques de santé publique : « un professionnel de santé qui va bien est un professionnel de santé qui soigne bien »¹⁹³.

[359] Aucune cible n'est donc fixée a priori s'agissant du public visé par les actions de prévention primaire. Cela étant, outre les personnels de santé, l'accent pourra être mis sur la situation particulière des femmes enceintes et des personnes âgées qui fréquentent l'établissement parce qu'elles présentent une exposition importante à des facteurs de risques évitables.

[360] Des facteurs clés de succès existent pour réussir le déploiement des actions inspirées de MECC, faire évoluer les comportements professionnels et délivrer des messages de prévention systématisée et personnalisée.

[361] Une démarche progressive de déploiement au sein de l'établissement est préconisée, donnant la priorité aux personnels de santé. Pour autant, la dynamique doit être volontariste au vu des évolutions culturelles attendues, portée par la gouvernance de l'établissement et menée en mode projet sous l'égide d'un coordonnateur.

[362] Parmi les facteurs clés de succès mis en exergue par les porteurs de démarche de ce type figurent l'implication du corps médical et de la direction de l'établissement au travers d'un binôme chef de projet / médecin, la programmation des actions de type MECC au titre du plan de formation, la constitution d'un réseau de relais en interne, et bien sûr l'inscription de la prévention primaire dans le projet d'établissement (à destination tant des personnels que de la patientèle).

[363] Par ailleurs, et même si l'organisation de solutions d'aval n'est pas un prérequis, une attention particulière sera accordée à l'articulation entre les démarches de prévention primaire engagées au sein des établissements de santé ou en HAD et leur prolongement en ville. Au-delà des interventions très brèves et brèves auprès du patient, certaines situations pourront en effet générer ou nécessiter son orientation.

¹⁹³ Agnès Firmin Le Bodo, préface du rapport : « La santé des professionnels de santé », octobre 2023.

[364] Cela suppose :

- d'une part que l'établissement (le coordonnateur) ait repéré les ressources disponibles sur le territoire : autres établissements de santé, médecine de ville, CPTS, solutions proposées par les collectivités, les organismes sociaux et le tissu associatif...
- d'autre part que l'intervention soit tracée dans le dossier du patient : renseignement systématique (dans la lettre de sortie, le DPI et/ou Mon espace santé) des actions engagées et conseils prodigués et des ressources mises à disposition.

[365] L'ARS s'appuiera sur l'opportunité d'un modèle mixant cadrage fort au niveau national et logique territoriale pour développer les coopérations et synergies locales visant à améliorer le parcours du patient.

5 LE SUIVI ET L'ÉVALUATION DE LA PHASE PILOTE

[366] Dans le champ d'une réforme systémique du financement et d'un programme national d'une telle ampleur, le cadre d'évaluation se doit de refléter les enjeux en termes d'engagements financiers et d'impacts réels de santé publique. La phase pilote sera mise à profit pour définir les indicateurs de court, moyen et long termes qui permettront de réaliser un suivi pertinent des actions engagées.

[367] Ces indicateurs porteront dans un premier temps sur le déploiement des actions de de prévention puis, grâce dans le cadre d'une méthodologie adaptée à construire, sur la santé publique des populations du territoire, au vu de l'important retour sur investissement attendu.

[368] Les projets devront par conséquent intégrer :

- a minima des indicateurs de déploiement et de suivi de l'action (nombre de personnels formés et d'animateurs déployés, volumes horaires, nature des interventions délivrées, typologie des orientations, passerelles aval...);
- des indicateurs d'évaluation d'impact sur les populations concernées (parcours du patient, mobilisation des ressources, état de santé,...).

[369] Cela suppose de tester en phase pilote différentes possibilités techniques de traçage des actions menées (en distinguant leurs différents niveaux d'intervention très brève, brève et orientation) et de recueil des résultats, afin d'une part de justifier des financements alloués, et d'autre part, de mesurer l'impact, d'identifier les éventuelles carences territoriales et d'adapter les modalités de déploiement du programme à grande échelle.

6 LES MODALITES DE FINANCEMENT DES PROJETS

[370] Le socle national de financement auquel pourra prétendre chaque dossier sélectionné comprendra par établissement trois composantes :

- Formation ¹⁹⁴ :
 - Financement de la formation d'une durée d'une semaine d'un cadre de direction exerçant les fonctions d'animateur ¹⁹⁵
 - Financement de la formation d'une durée d'une journée d'un cadre de santé exerçant les fonctions de relais¹⁹⁶ de l'animateur au sein du service ou de l'unité concernée
 - Financement de la formation d'une durée de 3 heures de 5 IDE
- Animation :
 - Financement de la fonction d'animation des actions de prévention primaire exercées par un cadre de direction à hauteur d'environ 50 % de son temps de travail (à moduler en fonction de la taille de l'établissement)
- Exécution des actions de prévention primaire :
 - Financement dès lors que l'établissement de santé accomplit au moins 5 625 interventions par an auprès des patients¹⁹⁷

[371] **Sur cette base, l'enveloppe financière par établissement engagé dans la phase pilote est de l'ordre de 121.500 € pour l'année 2025¹⁹⁸.**

[372] Les établissements pourront continuer de bénéficier de compléments de financements, via le FIR ou d'autres fonds nationaux (FNPEIS, FLCA...), des actions en lien avec le déploiement du programme (liste non-exhaustive) :

- Sensibilisation transversale des personnels (professionnels de santé, administratifs, intervenants extérieurs...) au sujet de la prévention primaire,
- Accompagnement d'une réflexion interne sur l'évolution de la politique RH (QVCT, RSE, ...) plus favorable à la prévention primaire envers les personnels de l'établissement,
- Aménagement et mise à disposition d'un lieu propice aux interventions,

¹⁹⁴ Les montants prévus au titre de la formation incluent les frais d'inscription et la prise en charge des frais afférents au remplacement des personnels partis en formation

¹⁹⁵ L'animateur pilote le programme d'actions de l'établissement de santé en matière de prévention primaire en s'assurant que les personnels sont formés, disponibles et disposent des outils nécessaires. Chargé d'en présenter le suivi à la gouvernance, l'animateur est responsable également des articulations avec les extérieurs (ville, collectivités territoriales et autres acteurs).

¹⁹⁶ Le relais de l'animateur a pour rôle d'assister les équipes opérationnelles dans la mise en œuvre des actions de prévention primaire.

¹⁹⁷ Ce nombre d'interventions correspond à la mobilisation minimale de 0,5 ETP d'IDE sachant qu'une IDE mobilisée à temps plein peut accomplir 11 250 interventions par an auprès des patients.

¹⁹⁸ Pour la détermination du montant de cette enveloppe, les coûts de personnel ont été évalués à partir de données communiquées par un CHU, à savoir 106 K€ annuels chargés pour un cadre de direction, 82 K€ pour un cadre de santé et 65 K€ pour un IDE ;

- Réalisation d'un diagnostic territorial des ressources en lien avec les quatre déterminants de santé,
- Evolution des systèmes d'information (DMP ou autres) afin de permettre la traçabilité des interventions d'une part et la pertinence des orientations territoriales sur la base de la cartographie locale d'autres part,
- Conception et/ou acquisition de supports réutilisables/durables (exposition, stickers, auto-tests ...) à condition que cela ne soit que l'un des volets des actions prévues,
- Accompagnement d'une réflexion sur les incitatifs à mettre en œuvre.

7 LA RECEVABILITE DES CANDIDATURES

[373] Compte tenu de la nécessité de tracer le nombre et le type d'interventions réalisées par le personnel de santé auprès des patients à des fins de liaison avec la médecine de ville, seuls les établissements de santé disposant du dossier patient informatisé pourront être sélectionnés.

[374] Les candidats s'engagent à :

- Cibler leurs interventions sur les quatre déterminants de santé définis précédemment au regard d'un diagnostic local,
- Mettre en œuvre la méthode de type MECC telle que définie dans le cadrage national,
- Identifier les personnes ressources mobilisées,
- Former les personnels concernés à cette méthode,
- Déployer le programme dans un ou plusieurs services de l'établissement,
- Débuter l'action dans le courant du premier trimestre 2025,
- Réaliser au moins 5 625 interventions
- Présenter et porter la démarche dans le cadre de ses instances de dialogue social et de gouvernance,
- Proposer des actions de prévention primaire en interne à destination des personnels de la structure,
- Rechercher les cofinancements éventuellement pertinents nécessaires à la réussite de l'action,
- Promouvoir des synergies territoriales et des coopérations avec les prises en charge et solutions d'aval pour les patients ayant fait l'objet d'une orientation,
- S'assurer de la cohérence et de l'articulation des actions portées avec le PRS et les contrats locaux éventuellement existants,
- Etablir deux bilans intermédiaires de montée en charge (30/04/25 et 30/09/25) et un bilan annuel au 31/12/25,

- Participer aux réunions régionales et nationales de suivi,
- Contribuer activement au dispositif d'évaluation adossé au programme,
- Autoriser l'ARS / le Ministère à communiquer sur les actions ainsi portées et leurs résultats.

[375] Une candidature des établissements à l'intégration de la phase pilote permet à ces derniers de se placer en avance de phase et de contribuer pleinement à une démarche de santé publique à forts enjeux, tant auprès de leur personnel que de la population du territoire.

[376] La phase pilote devant permettre de préciser les modalités de traçage des actions engagées (nombre et types d'actions : interventions très brèves, brèves...) dans le dossier patient par le personnel des établissements de santé en fonction de l'organisation des services concernés, il est indispensable à cet égard que les ES sélectionnés dans la phase pilote disposent tous du dossier patient informatisé.

8 LES CRITERES DE SELECTION DES PROJETS

[377] Tout établissement ou groupement d'établissements de santé peut déposer une candidature.

[378] Les candidats retenus constitueront un échantillon représentatif des établissements MCO de la région (CHU, CH, GHT, clinique, service de HAD...), avec localisation rurale et urbaine, en lien avec les indicateurs sanitaires, l'existence d'actions déjà mises en œuvre sur ce sujet ou non, la nature des services concernés...

[379] L'ARS retiendra en priorité des projets :

- Structurés avec possiblement différents volets d'actions au sein du même établissement,
- Ayant, dans le cadre méthodologique arrêté, des contenus variés par rapport à l'ensemble des projets retenus,
- Répartis géographiquement sur la région et spécifiquement en zonage prioritaire (QPV, ZRR, ...),
- Présentant des propositions et garanties de suivi et d'évaluation des actions menées,
- Mettant en avant une volonté de l'établissement de s'inscrire dans une application pérenne des recommandations ou des actions et à essaimer sur le territoire,
- Renforçant l'existence d'un lien « ville-hôpital » de nature à favoriser l'orientation du patient et les synergies locales, ou toute action en ce sens (cartographie, formalisation des parcours, partenariats avec les collectivités...).

[380] Les actions qui ne seront pas (prioritairement) financées :

- Les actions de sensibilisation et formation des professionnels de santé et plus globalement toutes les actions déjà existantes,
- La création de contenus ou de visuels de documents de prévention, déjà nombreux et pertinents,

- L'éducation thérapeutique, le dépistage, la vaccination,
- Les actions qui n'entrent pas dans la cadre méthodologique national.

[381] L'ensemble des critères d'analyse des candidatures est repris dans le tableau ci-dessous :

Items	Critères
Représentativité de l'établissement dans le cadre du panel régional	<ul style="list-style-type: none"> - Population concernée - Localisation géographique dans la région - Localisation rurale ou urbaine - Etablissement public, privé, HAD - Actions déjà mises en œuvre sur ce sujet ou non - Contenu en partie différent les uns des autres (déterminant de santé, service...)
Projet présenté	<ul style="list-style-type: none"> - Projet structuré sur la base d'un diagnostic - Projet avec différents volets d'actions - Projet s'inscrivant dans un cadre pérenne - Ne visant pas uniquement à la sensibilisation des personnels - Ne visant pas à la création de supports dont des équivalents existent déjà - Structure projet, moyens humains mobilisés et portage managérial - Traçabilité et suivi des actions - Dispositif d'évaluation embarquée
Ouverture vers l'extérieur	<ul style="list-style-type: none"> - Cartographie des ressources locales et des solutions d'aval - Liens établissement de santé / ville - Parcours patient

9 LA PROCEDURE DE RECEPTION ET D'INSTRUCTION DES CANDIDATURES

[382] Le présent appel à candidature est ouvert le [] 2024. L'action construite fait l'objet d'un dépôt de projet et de demande de subvention type par l'établissement candidat auprès de l'ARS, au plus tard le [] 2024 à minuit sur la plateforme <https://ma-demarche-sante.fr>

[383] Les dossiers transmis hors délais ne seront pas étudiés.

[384] La demande de subvention fait l'objet d'une instruction selon les règles en vigueur.

[385] Les candidatures seront examinées par l'ARS [pôle].

[386] Le résultat de l'instruction sera communiqué au plus tard le [] 2024, de manière à ce que les structures sélectionnées puissent préparer la mise en œuvre du programme pour début 2025.

10 LES CONTACTS ET INFORMATIONS UTILES

[387] Pour toute question, les candidats peuvent contacter : ars-xxx@ars.sante.fr

[388] Un séminaire de présentation de l'appel à candidature sera planifié par l'ARS dans le courant du mois de [] 2024. Un séminaire national, à l'attention des candidats retenus, se tiendra dans le courant du mois de [] 2024 sous l'égide du ministre de la Santé et de la Prévention.

Le calendrier récapitulatif :

Etapes	Calendrier
Date de lancement de l'appel à candidature	[] 2024
Wébinaire régional de présentation	[] 2024
Dépôt des dossiers de candidature	Jusqu'au []2024
Instruction des candidatures	Entre [] et []
Date prévisionnelle de l'annonce des résultats	[]2024
Séminaire national d'ouverture de la phase pilote	[] 2024
Début de mise en œuvre de la phase pilote	01/01/2025
Evaluation de la montée en charge de la phase pilote	En continu
Fin de la phase pilote	31/12/2025
Séminaire national de lancement de la généralisation	Début 2026
Phase de généralisation	2027-2029

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

Cabinet de la Ministre du travail, de la santé et des solidarités¹⁹⁹

Yann BUBIEN, directeur de cabinet adjoint de la ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités

Cabinet du Ministre de la santé et de la prévention

Raymond LE MOIGN, directeur du cabinet

Capucine GRÉGOIRE, conseillère financement, protection sociale et produits de santé

Lucie LIGIER, conseillère établissements de santé

Ministère de la santé et de la prévention

- *Direction générale de l'offre de soins*

Marie DAUDÉ, directrice générale de l'offre de soins

Julie POUGHEON, conseillère puis cheffe de service, adjointe de la directrice générale de l'offre de soins

Céline FAYE, sous-directrice du financement et de la performance du système de santé

Thomas COONE, adjoint à la sous-directrice du financement et de la performance

Bernard BOCQUILLON, chef de projet

Jocelyn COURTOIS, chef de projet réforme du financement

Hélène DELSOL, chargée du pilotage des MIGAC

Isabelle PETIT, chargée de mission modèles de financement

Karine TIENNOT, chargée de mission allocation de ressources

- *Direction de la sécurité sociale*

Timothée MANTZ, adjoint au sous-directeur du financement du système de soins

Morgane MINSSIEUX, cheffe de projets politique de santé et régulation de l'offre de soins

¹⁹⁹ Durant la mission, l'organisation gouvernementale a évolué. Le ministère de la santé et de la prévention est devenu le ministère du travail, de la santé et des solidarités en janvier 2024 avec un ministère délégué chargé de la santé et de la prévention en France qui lui était rattaché.

- *Direction générale de la santé*

Dr Marine JEAN-BAPTISTE, conseillère santé publique et une seule santé du directeur général

- *Article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018*

Natacha LEMAIRE, rapporteure générale du comité technique et du conseil stratégique pour l'innovation en santé

Julie GAILLOT, cheffe de projet sur les expérimentations de l'article 51

Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales

Pierre PRIBILE, secrétaire général

Yann DEBOS, chef de service du pôle santé ARS

Nicolas JOUVE, chargé de mission

Béatrice TRAN, chargée de mission santé publique

Morgane MINSSIEUX, cheffe de projet politique de santé et régulation de l'offre de soins

Agences régionales de santé (ARS)²⁰⁰

Bénédicte ABBAL, directrice déléguée au financement de l'offre de soins, ARS Nouvelle Aquitaine

Cécile BEHAGHEL, directrice de l'offre de soins

Véronique BILLAUD, directrice générale adjointe, ARS Nouvelle Aquitaine

Dominique BOURGOIS, directeur de la santé publique, ARS Nouvelle Aquitaine

Pierre BOUSSEMART, directeur de l'offre de soins, ARS Hauts-de-France

Arielle BRUNNER, directrice de la santé publique ARS Grand Est

Karen BURBAN-EVAÏN, directrice de la santé publique, ARS Pays de Loire

Jean-François CAYET, directeur de la santé publique ARS Guadeloupe

Catherine CHOMA, directrice de la santé publique, ARS Occitanie

Gérard COTELLON, directeur général de l'ARS de La Réunion et son équipe

Mohammed ELAROUTI, directeur de la santé publique, ARS Réunion

Benoît ELLEBOODE, directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine

²⁰⁰ Une réunion a été organisée par la mission avec les représentants de l'ensemble des agences régionales de santé. Des échanges plus spécifiques ont eu lieu entre la mission et les ARS Auvergne Rhône-Alpes, Hauts-de-France, Île-de-France, La Réunion, Nouvelle-Aquitaine et Pays de la Loire.

Marie-Françoise EMONIDE, directrice de la santé publique, ARS Martinique

Hugo GILARDI, directeur général de l'ARS Hauts de France

Christine GRATZ, ARS Occitanie

Magali GUEGAN, directrice de la santé publique, ARS IDF

Jérôme JUMEL, directeur général de l'ARS, Pays de la Loire et son équipe

Nathalie LE FORMAL, directrice de la santé publique, ARS Bretagne

Sophie MARTINON, directrice générale adjointe, ARS Île de France

Marc MAISONNY, directeur de la santé publique, ARS Auvergne Rhône-Alpes

Alain MORIN, directeur de la santé publique, ARS Bourgogne Franche-Comté

Samuel PRATMARTY, directeur de l'offre de soins, ARS Nouvelle Aquitaine

Olivier RHILHES, directeur de la santé publique, ARS PACA

Sylviane STRYNCKX, directrice de la prévention et de la promotion de la santé, ARS Hauts-de-France

Julien THIRIA, directeur de la santé publique, ARS Mayotte

Haute Autorité de Santé (HAS)

Dr Jacques-Olivier DAUBERTON, conseiller du Président

Alexandre FONTY, directeur de cabinet

Dr Pierre GABACH, adjoint à la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, chef du service bonnes pratiques

Angélique KHALED, directrice de la qualité de l'accompagnement social et médico-social

Dr Andrea LASSERRE, cheffe du service évaluation en santé publique et évaluation des vaccins

Dr Michèle MORIN-SURROCA, responsable de la mission rapport d'analyse et prospective

Personnalités qualifiées

Anne-Marie ARMANTERAS DE SAXCE, présidente du conseil d'administration de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) et HEALTH & TECH

Pr Franck CHAUVIN, président de l'instance de réflexion stratégique pour le développement des soins palliatifs, ancien président du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP)

Pr Michel LEJOYEUX, président de la Commission nationale de psychiatrie

Pr Emmanuel RUSCH, président de la Conférence nationale de santé (CNS)

Pr Rémi SALOMON, président de la CME centrale de l'AP-HP et de la conférence des PCME de CHU

Conférences médicales

- *Conférence nationale des PCME*

Pr Rémi SALOMON, président de la conférence des PCME de CHU

Dr David PINAY, vice-président

Dr Alain FUSEAU, président de la CME du groupe hospitalier du Havre

- *Conférence nationale des PCME de CH*

Dr GODEAU, président

Dr WOEHL, vice-président

- *Conférence nationale des PCME des ESPIC*

Dr Laurence LUQUEL, présidente

Pr Marc BEAUSSIER, PUPH, président de la CME de l'institut mutualiste Montsouris

Dr Caroline DIGEON-LUXEL, présidente de la CME de la fondation hospitalière de la Miséricorde

Pr François PINOCHE, président de la CME de la polyclinique Saint Laurent à Rennes

Dr Franck COUTURIER, pharmacien hospitalier, groupe hospitalier Saint-Vincent

Conférence des directeurs généraux

- *Conférence nationale des DG de CHU*

Olivier BEAUSSARD, directeur général du CHU de Saint Etienne, président de la commission financière de la conférence nationale

Virginie DEMOISSON PONTUS, chargée de mission à la conférence des DAF de CHU

Aurélié DOSSIER, directrice administrative et financière, Hospices civils de Lyon

Nicolas MEYNIEL, directeur des affaires financières et du contrôle de gestion, CHU de Saint - Etienne

Céline WASNER, secrétaire générale de la conférence

- *Conférence nationale des DG des CHD*

Francis SAINT-HUBERT, président de la conférence nationale des DG de CH, directeur général CHD Vendée

David MASSON-WEYL, secrétaire général de la conférence nationale des DG de CH

Assurance maladie

- *Caisse nationale d'assurance maladie*

Marguerite CAZENEUVE, directrice déléguée de l'Assurance Maladie

Artus DE CORMIS, directeur de cabinet de la directrice générale adjointe de la CNAM

Laurence DAUFFY, directrice de la gestion du risque

Marie GOURAIN, responsable du département de l'hospitalisation

Catherine GRENIER, directrice des assurés

Catherine MANIETTE, directrice de mission

Armance PHILIZOT, directrice responsable du département prévention et promotion de la santé

Dr Dinh-Phong NGUYEN, responsable adjoint du département prévention et promotion de la santé

- *Cpam de l'Essonne*

Albert LAUTMAN, directeur général

Instances diplomatiques, européennes et internationales

- *Commission européenne / DG Santé*

Artur FURTADO, chef d'unité

Yvette AZZOPARDI, responsable de la politique de prévention et de promotion de la santé

Antoine ICHAS

- *Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé*

Bernd RECHEL, coordinateur Ishtm

- *Ambassade de France au Royaume-Uni*

Amin MANSOURI, conseiller santé, travail et politiques sociales

Catherine BORSI-SEHRAN, DAEI ressources

Jade CHAMPETIER, stagiaire

- *NHS Royaume-Uni*

Matt FAGG, Director for Prevention au NHS England.

Mandy HARLING, Population Health Services Manager National au NHS Public Health England, coordinatrice du framework MECC.

Sue HUNTER, managing director, transformation partner in health and care, NHS

L'équipe de l'Office for Health Improvement and Disparities (OHID).

- *NHS Pays de Galles*

Mary-Ann Mc KIBBEN, consultant in public health

Annie PETHERICK, principal public health practitioner

Établissements de santé

- *Guy's & St Thomas' NHS Hospital (Londres)*

Marie FLINTHAM, infirmière en chef, Making Every Contact Count

Anna PEYTON, MECC Practitioner

Michelle WESTON, infirmière spécialisée en génétique / cancérologie

- *CHU d'Angers*

Cécile JAGLIN-GRIMONPREZ, directrice générale

Pr Alain MERCAT, président de la CME

Céline SCHNEBELEN, directrice adjointe chargée de la prévention, de la santé publique, des relations ville/hôpital et référente du pôle FME

Jean-François AGULHON, directeur du pôle politique sociale

Saber ALOUI, direction des services numériques

Pr Alexis DESCATHA, responsable médical de la Politique prévention

Dr Philippe GILLARD, gynécologue-obstétricien

Cécile GUILLEUX, directrice du pôle pilotage

Laurence LAIGNEL, coordinatrice générale des soins Dr Marine LE FLOCH, pédopsychiatre

Pr Guillaume PODEVIN, chef du Pôle FME

Dr Elise RIQUIN, pédopsychiatre

Sophie SAMAIN-LABROUSSE, sage-femme

- *Assistance publique - hôpitaux de Paris (AP-HP)*

Stéphanie DECOOPMAN, directrice générale adjointe

Pr Catherine PAUGAM-BURTZ, directrice générale adjointe

Ayden TAJAHMADY, directeur de la stratégie et de la transformation

- *Hospices Civils de Lyon (HCL)*

Raymond LE MOIGN, directeur général

Pr Vincent PIRIOU, président de la CME

Virginie VALENTIN, directrice générale adjointe

Carol GENDRY, coordonnatrice générale des soins

Pr Philippe MICHEL, chef du service prévention, promotion de la santé, santé populationnelle (3P)

Pr Alexandre BELOT, rhumatopédiatre, Hôpital Femme-Mère-Enfant

Mélanie ROMIER, IPDE - coordinatrice de parcours, Hôpital Femme-Mère-Enfant

Léa CUISINIER, coordinatrice en Activité Physique Adaptée (APA), Hôpital Femme-Mère-Enfant

Dr Aurélie PORTEFAIX, pédiatre, Hôpital Femme-Mère-Enfant

Dr Sybil CHARRIERE, endocrinologue, GH Est

Dr Hélène THIBAUT, cardiologue, GH Est

Pr Sébastien COURAUD, pneumologue

Dr Asma FARES, pôle santé publique, service 3P

Séverine VINCENT, cadre de santé, puéricultrice, service 3P

- *CHU Bordeaux*

Thomas POULENC, directeur adjoint du CHU

Pr Nicolas GRENIER, PCME

Pr François ALLA, chef de service, président de la conférence régionale de santé et de l'autonomie de Nouvelle-Aquitaine

Isabelle BARCOS, cadre santé, coordinatrice du réseau, Unité de soutien aux actions de prévention

Dr Véronique GILLERON, chef du pôle santé publique, présidente de la Commission spécialisée système de santé et sécurité des patients du HCSP

Dr Pascal PILLET, responsable du service pédiatrie, président de la commission PEP'S de la CME

Dr Stéphane OLINDO, futur président de la commission PEP'S

Pr Fabrice BONNET, chef de service de médecine interne et maladies infectieuses

Elodie COUALLIER, directrice du pôle finances, performance et numérique

- *CHU Nantes*

Luc-Olivier MACHON, directeur des ressources humaines

Agnès GRANERO, directeur du management, de la QVT et de la formation

Lydiane VRIGNAUD, responsable « développement des compétences et formation »

- *CH Lens*

Bruno DONIUS, directeur général

Dr Laurent TRONCHON, président de la CME de Groupement des Hôpitaux Publics de l'Artois

Dr Hélène BAZUS, responsable CeGGID, pôle addictologie

Agnès WYMEN, coordinatrice générale des soins et directrice de la qualité et de la gestion des risques

Axel ANDRE, directeur des affaires financières et du pilotage médico-économique

Dr Géraldine RIVAUX, responsable du service gynécologie-obstétrique, pôle femme-mère-enfant

Dr Benjamin RAFFOUX, PH pôle addictologie

Dr Guillaume DERVAUX, responsable de l'unité nutrition et TCA au CH de Béthune-Beuvry

Véronique BOUCNEAU, cadre supérieur en maïeutique, pôle femme-mère-enfant

Dr Frédérique MOLIN, PH service des urgences et de la médecine pénitentiaire au CH de Béthunes-Beuvry

Dr Claire VANESSON, cheffe du service de cardiologie

Gérard ABRAHAM, président régional de l'association Alliance du cœur du Nord-Pas-de-Calais

- *Clinique Belledonne*

Mme Anne-Pascale BROCHIER, directrice des opérations

Anne SCHWEIZER, sage-femme cadre de la maternité

Isabelle PEREZ, sage-femme tabacologue

Agnès BUCHET, sage-femme responsable Materniteam

Delphine MENEZ, sage-femme en charge du diabète gestationnel

Autres organismes

- *Départements de France*

Philippe GOUET, président du groupe de travail santé, président du conseil départemental du Loir et Cher

Eric BELLAMY, directeur délégué solidarité santé travail

Gaëlle CHARLEMANDRIER, secrétaire générale du groupe de droite, du centre et des indépendants

Laurette LE DISCOT, conseillère enfance et famille

- *Haut conseil de la santé publique (HCSP)*

Franck CHAUVIN, ancien président

Pr Didier LEPELLETIER, président

Zeina MANSOUR, vice-présidente

Jean-Michel AZANOWSKY, chargé de mission groups de travail permanents

Anne PARIENTE-KHAYAT, secrétaire générale

Dr. Catherine BILGER, secrétaire générale adjointe

Pr François ESSINGER, président de la commission déterminants de santé et maladie non transmissibles

Dr Isabelle MILLOT, présidente de la commission spécialisée prévention de la CRSA

Frédérique LEDOUX

Dr Véronique GILLERON, présidente de la commission spécialisée système de santé et sécurité des patients

Pr Stéphanie GENTILE, membre de la commission spécialisée système de santé et sécurité des patients

- *Conférence des PCME de CHU*

Pr. Rémi SALOMON, président de la conférence des PCME de CHU

M. MATHONNET

Dr Marie-Hélène VIEILLARD, présidente CM GHT Lille Métropole Flandre Intérieure

Dr Marie-Christine TURNIN, vice-présidente CME CHU Toulouse

- *Banque des territoires*

Rose LEMARDELEY, directrice de projets stratégiques

- *Fédération promotion santé (ex Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé)*

François BAUDIER, président

Didier CHATOT-HENRY, secrétaire général

Christine FERON, déléguée générale

Séverine LAFITTE, coordinatrice de projet

- *Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA)*

Dr Nicolas PRISSE, président

Corinne-Anne DROUGARD, chargée de mission santé

- *Santé Publique France (SPF)*

Dr Laëtitia HUIART, directrice scientifique

Pierre ARWIDSON, directeur de la prévention et de la promotion de la santé

Laëtitia GOUFFE BENADIBA, chargée de projets scientifiques en santé publique

- *Société Française de Santé Publique (SFSP)*

François BERDOUGO, délégué général

Olivier LEBERT, chef de projets

Dr Alain BRUNOT, chargé de prévention

Nelly DEQUIDT

Marion ALBOUY, société de santé publique de Poitou-Charente

- *Institut national du cancer (INCa)*

Thierry BRETON, directeur général

Pr. Norbert IFRAH, président

- *Fédération Unicancer*

Pr BLAY, président

Sophie BEAUPERE, déléguée générale

Pr Marc YCHOU, DG de l'Institut du cancer de Montpellier

Sandrine BOUCHER, directrice de la stratégie médicale et de la performance

Jeanne BERTRAND, directrice de cabinet

Pr Béatrice FERVERS, chef de département prévention, cancer, environnement au Centre Léon Bérard

- *Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (ISPED)*

Simone MATHOULIN-PELISSIER, directrice

Pr François ALLA, directeur adjoint

- *Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (GIP IRDES)*

Denis RAYNAUD, directeur

Coralie GANDRE, chercheuse

Zeynep OR, directrice de recherche

- *Ecole des hautes études en santé publique (EHESP)*

Mme Isabelle RICHARD, directrice

M. Aymery CONSTANT, professeur

- *Union nationale des professionnels de santé (UNPS)*

Sébastien GUERARD, président

Fabrice CAMAIONI, vice-président

François WILTHIEN trésorier

Emilien BERNARD, chargé de mission

- *Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)*

Frédérique GAMA, présidente de la FHP-MCO

Thierry BECHU, délégué général de la FHP-MCO

Christine SCHIBLER, déléguée générale

Marie-Claire VIEZ, directrice de la stratégie

Lamine GHARBI, président

Clara BEAUNIER, assistante

- *Fédération hospitalière de France (FHF)*

Pr François CHOLLET, président de la FHF Occitanie

Marc BOURQUIN, conseiller stratégique

Nathalie CARTIER, chargée de mission

Cécile CHEVANCE, responsable de l'offre de soin

Aurélien SOURDILLE, responsable adjoint du pôle offres

- *Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD)*

Elisabeth HUBERT, ancienne ministre, présidente

Mathurin LAURIN, délégué national

- *Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (FEHAP)*

Marie-Sophie DESAULLE, présidente

Charles GUEPRATTE, directeur général

Pr Olivier GUERIN, conseiller médical

Arnaud JOAN-GRANGE, directeur de l'offre de soins et des parcours de santé

- *Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH)*

Bertrand LONGUET, directeur général

Nasser IHAMOUCHENE, directeur adjoint chargé du développement des services

- *OPCO Santé*

Jean-Pierre DELPHINO, directeur général

Valérie COURSANGE, responsable des relations fédérations et organisations syndicales

Nelly IVANCHAK, directrice des relations institutionnelles

- *France Assso Santé*

Jean-Pierre THIERRY, conseiller médical, pour France Assos Santé

Stéphanie PIERRE, chargée de mission santé publique, pour France Assos Santé

Emmanuel RICARD, Porte-parole de la Ligue Nationale Contre le Cancer

Jean-François THEBAUT, Vice-président de la Fédération Française des Diabétiques

SIGLES UTILISÉS

AC : crédits d'aide à la contractualisation
ANFH : association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
ANPAA : association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ARS : agence régionale de santé
ASV : ateliers santé ville
CAQUES : contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des Soins
CEHPP : comité économique de l'hospitalisation publique et privée
CeGIDD : centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic
CLAT : centres de lutte anti-tuberculose
CLS : contrats locaux de santé
CME : commission médicale d'établissement
CNAM : caisse nationale de l'assurance maladie
COREVIH : comité de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et l'infection par le VIH
CPTS : communautés professionnelles territoriales de santé
CRES : comité régional pour la santé
CSBM : consommation de soins et de biens médicaux
DGOS : direction générale de l'offre de soins
DGS : direction générale de la santé
DNS : délégation du numérique en santé
DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS : direction de la sécurité sociale
EHESP : école des hautes études en santé publique
ESPIC : établissement de santé privé d'intérêt collectif
FAI : forfait activités isolées
FIR : fonds d'intervention régional
FLCA : fonds de la lutte contre les addictions
FNES : fédération nationale d'éducation et de santé
FNPEIS : fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires
HAD : hospitalisation à domicile
HAS : Haute autorité de santé
HCSP : Haut conseil de la santé publique
IFAQ : incitation financière à l'amélioration de la qualité
INCA : institut national contre le cancer
IRDES : institut de recherche et de documentation en économie de la santé

IREPS : instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
INRAE : institut national de recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement
IREPS : instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
MCO : médecine, chirurgie et obstétrique
MECC : Making every contact count
MIGAC : mission d'intérêt général et aides à la contractualisation
MILDECA : mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MRC : forfait maladie rénale chronique
NHS : national health service
NICE : national institute for care and excellence
OFDT : observatoire français des drogues et des tendances addictives
OMS : organisation mondiale de la santé
OPCO : opérateur de compétences
PLFSS : projet de loi de financement de la sécurité sociale
PMI : protection maternelle et infantile
PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information
PO : forfait prélèvement d'organe
PRAPS : programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies
PRS : projets régionaux de santé
RESPADD : réseau de prévention des addictions
RGPD : règlement général sur la protection des données (RGPD)
RPIB : repérage précoce et l'intervention brève
SFMU : société française de médecine d'urgence
SGMAS : secrétaire général des ministères sociaux
SMR : soins médicaux et de réadaptation
SNS : stratégie nationale de santé
SRS : schéma régional de santé
UNPS : union nationale des professionnels de santé

LETTRE DE MISSION



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Le Ministre

Paris, le **21 AOUT 2023**

CAB/DGOS/R-R/CLB/sh/D-23-016574

Monsieur le Chef de l'inspection générale des affaires sociales,

Le Président de la République a lancé le 6 janvier dernier une réforme du financement des établissements de santé qui prévoit un financement selon trois compartiments dont un compartiment « objectifs de santé publique » qui doit constituer un élément novateur de cette réforme, au côté en particulier des financements liés aux missions des établissements et d'une rémunération à l'activité qui doit légitimement demeurer.

Ce compartiment a vocation à regrouper notamment des objectifs en matière de prévention et les sujets de qualité et de pertinence des prises en charge.

S'agissant de la prévention, un des sous-titres du rapport du Pr Chauvin « Dessiner la santé publique de demain » était « Comblé en 10 ans le retard de la France en espérance de vie en bonne santé ». Il s'agit là d'un enjeu majeur de santé publique qui suppose une réduction de la morbidité évitable par le renforcement de la politique de promotion de la santé et de la prévention. Le rapport du Haut conseil de santé publique (HCSP) de 2018 sur la place des offreurs de soins dans la prévention soulignait de son côté que tous les offreurs de soins doivent mettre en œuvre des pratiques et des soins de santé préventifs et contribuer à la promotion de la santé, en lien avec les autres opérateurs de leur territoire. Il définit huit missions de prévention dont la prévention systématisée et personnalisée et l'orientation/ adressage. Ces deux missions apparaissent essentielles pour une dynamique de changement de comportement éclairée par des informations fiables. Dans ces perspectives et pour utiliser au mieux les ressources des établissements de santé, il importe de n'encourager, dans le cadre de la réforme de leur financement, que le développement d'actions dont il est pertinent qu'elles se déroulent en établissements.

La mortalité prématurée et la morbidité liées notamment au cancer, aux maladies cardiovasculaires, aux maladies respiratoires constituent des enjeux majeurs. Ces pathologies pourraient régresser par une politique volontariste en termes de prévention, compte tenu de l'impact des facteurs comportementaux dans leur développement. Des approches analogues peuvent notamment être utilisées pour prévenir l'obésité infantile. L'interaction des personnels des établissements de santé avec les patients constitue ainsi une opportunité pour permettre de les sensibiliser à des enjeux concrets de prévention.

Compte tenu de l'importance des enjeux décrits, je souhaite qu'une mission IGAS soit lancée sur le volet prévention du compartiment « objectifs de santé publique » du financement des établissements de santé et qu'elle propose à ce titre des modalités opérationnelles d'un financement pour la réalisation d'actions de prévention primaire.

Monsieur Thomas AUDIGE
Chef de l'inspection générale des affaires sociales
Tour Mirabeau
39-43 quai André-Citroën
75015 PARIS

Tel : 01 40 56 90 00
14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07 SP

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse ddc-rgpd-cab@ddc.social.gouv.fr ou par voie postale.
Pour en savoir plus : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>

La mission étudiera les modalités d'adaptation aux établissements de santé du modèle MECC (make every contact count - déployé au Royaume-Uni depuis une dizaine d'années) en tenant compte des expériences réalisées en France dans le domaine de la prévention primaire concernant les établissements de santé. Elle proposera un cahier des charges afin que les ARS puissent réaliser un appel à projet permettant un premier déploiement de ces démarches de prévention primaire dans des sites pilotes et dans les services volontaires. Il comportera un volet formation du personnel et un volet implémentation de la démarche : objectifs retenus, référentiels, traçabilité des démarches réalisées, système de recueil, informatisation des dispositifs, évaluation quantitative avec définition d'indicateurs de suivis (nombre de patients concernés, types d'intervention réalisées...). Elle s'attachera à proposer des modes d'action simples et peu consommateurs de ressources soignantes, à l'instar de ce qui est développé au Royaume Uni.

La mission travaillera en étroite collaboration avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) qui pilote la réforme du financement de établissements de santé, afin notamment de s'assurer de la cohérence d'ensemble des dispositifs envisagés. Elle échangera également de façon rapprochée avec le Secrétariat général, les ARS ainsi qu'avec les autres directions du ministère pour les sujets qui les concernent. Elle échangera également avec la CNAM et prendra l'attache de Santé publique France (SPF), de la Haute autorité de santé (HAS) et du HCSP ainsi que de toute autre institution avec qui il lui paraîtrait nécessaire d'échanger.

Elle étudiera les financements à mobiliser (sources, modes de calcul, montants) et les modalités de rémunération envisagées pour une première phase de déploiement du dispositif proposé, qui pourrait concerner des sites pilotes sélectionnés sur la base d'un appel à projets.

Je souhaite que la mission puisse formuler ses propositions en vue de l'élaboration d'un cahier des charges sur la base duquel les ARS pourraient lancer ces appels à projets, d'ici cinq mois, afin que le déploiement dans les sites pilotes puisse être engagé en 2024. Afin d'élaborer ses propositions, la mission veillera à consulter les fédérations représentants des établissements de santé, les conférences médicales, l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS) ainsi que les représentants des patients.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Chef de l'inspection générale des affaires sociales, l'expression de ma considération distinguée.



Aurélien ROUSSEAU