



Haut Conseil pour l'avenir
de l'assurance maladie

La prévention dans le système de soins

Organisation, territoires et financement

A partir de l'exemple de l'obésité

Avis adopté le 25 octobre 2018



Dans son avis du 28 juin 2017 « Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé », le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie soulignait¹ : « *avant que d'être une question de moyens – au demeurant pas si modestes, dans certains domaines, le problème de politique publique posé en matière de prévention est d'abord un problème de conception et de mise en œuvre de l'action publique* ».

L'avis de juin 2017 proposait par conséquent des orientations et mesures relatives à la conduite de la politique de prévention. Celles de ces orientations qui portaient sur la gouvernance ont été pour l'essentiel reprises par les pouvoirs publics à l'automne 2017 lors de la définition de la stratégie nationale de santé pour 2018-2022².

L'avis approfondissait moins les conditions d'organisation concrète des actions de prévention sur le terrain et les évolutions du financement permettant d'en favoriser le déploiement. C'est l'objet du présent avis que de formuler des propositions relatives à ces deux aspects, en partant de l'exemple de la prévention de l'obésité.

¹ http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/refonder_les_politiques_de_prevention_et_de_promotion_de_la_santevf07072017.pdf

² Voir schéma de gouvernance en annexe.

Des politiques publiques peu opérantes en matière de prévention

Un périmètre d'action très large

La prévention recouvre un champ d'intervention très large, qui s'étend de l'éducation à la santé à la sécurité sanitaire et dépasse largement le domaine d'action du seul ministère en charge de la santé pour mettre en jeu les politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion, les politiques de taxation et de redistribution, de l'emploi, du logement (lutte contre le saturnisme, qualité de l'air intérieur, bruit, etc.), l'aménagement du territoire et les transports (sécurité routière), l'environnement au travail (exposition à des substances toxiques, troubles musculo-squelettiques, risques psychosociaux...) ou encore l'alimentation et l'exercice physique.

En développant la prévention, on peut agir en amont sur les principaux déterminants des maladies chroniques et leurs facteurs de risque, au niveau individuel et collectif. Pour mémoire, dans le monde, 60% des décès et 45% de la charge de morbidité sont attribuables à des facteurs accessibles à la prévention.

L'objectif est d'améliorer l'état de santé de la population en termes de morbi-mortalité ainsi que la qualité de vie.

Une priorité qui peine à se concrétiser

La prévention est régulièrement affichée comme une priorité de santé publique depuis les années 1990 mais peine à se concrétiser dans les faits et les résultats ne sont pas à la hauteur des enjeux, notamment en matière de réduction des inégalités³.

Si l'on souhaite analyser les causes d'échec en matière de prévention, l'ensemble des politiques publiques doivent être évaluées, notamment les politiques intersectorielles

(politiques nutritionnelles, politiques environnementales etc.).

Concernant le système de soins, on connaît les causes et les freins à la mise en place de politiques de prévention efficaces. Les trois principales raisons qui peuvent être évoquées sont relatives :

- à une organisation construite sur un modèle conceptuel biomédical et individuel : ce modèle ne permet pas de penser globalement les prises en charge en dehors d'un schéma séquentiel qui conduit à opposer prévention et soins, à hiérarchiser la place des différents acteurs et à considérer qu'une fois une maladie installée il n'y a plus rien à faire en termes de prévention ;
- à une dispersion des actions et des financements entre les champs sanitaire et médico-social, entre niveau national et niveau local : les actions sont multiples, plus ou moins adaptées aux contextes locaux, financées sur des budgets et des fonds non pérennes. Les organisations reposent en premier lieu sur des initiatives locales ce qui conduit à une organisation hétérogène sur le territoire, en « taches de léopard », facteur d'accroissement des inégalités sociales. Ces organisations peuvent par ailleurs concurrencer des dispositifs de coordination divers (infirmières « Asalée », plateformes territoriales d'appui...);
- à une distinction artificielle entre prévention et soins alors que l'activité de prévention ne peut se développer que pleinement intégrée aux soins. En termes cliniques, la distinction est en effet d'autant plus inopérante que la frontière entre soins curatifs et soins préventifs est floue, fondée sur une approche théorique qui peut paraître artificielle. Par exemple la prévention tertiaire relève de la prévention tout en participant aux soins curatifs ; différents actes médicaux, comme la mesure de la pression artérielle ou la mesure de la

³ Si l'on s'en tient aux principaux indicateurs de santé, la situation est mitigée. Certes l'augmentation continue de l'espérance de vie à la naissance et de l'espérance de vie après 65 ans place notre pays dans une position favorable mais d'autres indicateurs, liés à la prévention et la promotion de la santé et aux facteurs de morbi-mortalité évitable, sont plutôt médiocres. Dans un classement publié par le Lancet, prenant en compte 33 indicateurs liés à la

santé, la France arrive en 24^e position. Les facteurs péjoratifs dans ce classement sont principalement évitables par la prévention : consommation de tabac et d'alcool, suicides...

<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2816%2931467-2>

glycémie, ont une visée à la fois diagnostique dans un but curatif et préventive.

Les conditions d'intégration de la prévention dans la pratique des professionnels de santé ne sont pas réunies. Il en résulte un développement de la prévention sur un mode dérogatoire ou d'exception incompatible avec un déploiement à la hauteur des attentes et des enjeux.

Ce constat contraste fortement avec le niveau des dépenses de prévention qui est loin d'être négligeable puisque d'après les Comptes de la Santé établis par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), au moins 15 milliards d'euros ont été consacrés à la prévention en 2016⁴.

Les dépenses de prévention dans les comptes de la santé

La dépense de prévention non institutionnelle – à l'initiative des patients ou des professionnels de santé, hors programme de santé publique – représente au moins 9,1 milliards d'euros au sein de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en 2016, dont environ 42% sous forme de médicaments délivrés (antihypertenseurs, contraceptifs, etc.). Elle s'ajoute aux 5,8 milliards d'euros de dépenses de prévention institutionnelle financée ou organisée par des fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux (non comptabilisés dans la CSBM).

Au moment où la prévention est affichée comme une priorité de la Stratégie Nationale de Santé, l'enjeu pour le HCAAM est de proposer un mode opératoire permettant la mise en place d'organisations rendant possible la prévention en routine, en dehors des dispositifs expérimentaux et dérogatoires, et de définir les conditions de réussite et de pérennisation du « virage préventif ». Une approche transversale englobant sanitaire et médicosocial doit être promue.

L'universalisation de la couverture maladie, de même que la reconnaissance

aux professionnels de santé d'une compétence populationnelle et territoriale en matière de prévention et de promotion de la santé, y invitent.

Un cadre politique clair pour conduire les actions sur le terrain

Seuls des programmes de prévention planifiés, aux objectifs explicites, contrôlés tout au long de leur réalisation et évalués, peuvent prétendre à une véritable efficacité⁵.

Sur ce dernier point, les recommandations du HCAAM en juin 2017 étaient les suivantes :

- Définir un cadre programmatique de santé publique clair et intersectoriel en se fondant sur le classement du fardeau des maladies (DALYs⁶) ;
- Promouvoir des organisations articulant l'intervention de différents acteurs dans les champs aussi bien sanitaire que social ;
- Déployer de façon concertée des actions aussi bien dans les lieux de vie que dans le milieu du travail et le système de soins ;
- Faire évoluer le périmètre de remboursement et les tarifs en cohérence ;
- Définir les périmètres d'intervention des organismes d'assurance maladie, de base et complémentaires en s'inscrivant dans des référentiels nationaux ;
- Réfléchir aux modalités de financement des professionnels et des structures existants, d'actions nouvelles, en s'appuyant sur des référentiels d'évaluation qui conditionnent le développement de ces prises en charge.

Pour approfondir les aspects organisationnels et les conditions de mobilisation des acteurs du champ sanitaire, le HCAAM a choisi de s'appuyer sur l'exemple de l'obésité.

⁴ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns18.pdf>

⁵ http://www.securite-soiale.fr/IMG/pdf/refonder_les_politiques_de_prevention_et_de_promotion_de_la_santevf07072017.pdf

⁶ L'indicateur DALY quantifie la « charge de morbidité ». Il est la somme des années de vie perdues par mortalité prématurée et des années en bonne santé perdues par l'incapacité due à la maladie.

Pourquoi le choix de l'obésité comme exemple traceur ?

1. L'enjeu de santé publique est considérable ; environ 10 millions de personnes en France sont obèses. Les facteurs nutritionnels, la sédentarité et l'obésité sont associés à un risque élevé de morbidité et de mortalité prématurée exprimé en termes de charge de morbidité ou « *burden of disease* » (DALYs). En France, selon l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), l'alimentation serait, en 2016, responsable de près de 8% des années de vie perdues ajustées sur l'incapacité (DALYs), la sédentarité de près de 1% et le surpoids et l'obésité de près de 7%.

En 2012, le coût social de la surcharge pondérale (surpoids et obésité) a été estimé à 20,4 Md€ dont 12,8 Md pour l'obésité seule⁷. Les travaux de projection montrent que la hausse des dépenses associée à l'accroissement du surpoids et de l'obésité pour l'assurance maladie (scénario central) serait de 0,7% du PIB d'ici à 2030.

2. Les inégalités sociales sont majeures et s'inscrivent dès le plus jeune âge. On sait que la prévention ne profite pas de la même façon aux différents groupes sociaux et cette assertion est particulièrement vraie pour l'obésité. Il existe un net gradient social avec une prévalence plus élevée et un accroissement plus rapide pour les groupes sociaux les moins favorisés, que l'on retrouve quel que soit l'indicateur utilisé : profession, niveau d'étude ou revenu du foyer, et cela de façon plus marquée chez les femmes et les enfants. L'obésité est presque 4 fois plus fréquente dans les populations socialement et économiquement défavorisées que pour les plus favorisés.

Ces inégalités sociales se doublent d'inégalités territoriales avec une situation par-

ticulièrement préoccupante dans les territoires ultramarins notamment en Martinique et en Guadeloupe.

3. La prise en charge actuelle de l'obésité est insatisfaisante, avec une multiplication d'actions ponctuelles, un éparpillement des initiatives, une absence de suivi des parcours, une forte proportion d'indications chirurgicales non pertinentes ou ne faisant pas l'objet du suivi recommandé après l'intervention⁸.
4. Nonobstant les coûts de mise en œuvre, les analyses économiques justifient que l'on s'intéresse à la prévention de l'obésité par le système de soins. D'après les travaux de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), l'intervention « *accompagnement intensif des personnes à risque dans le système de soins primaires* » est la plus efficace⁹.
5. Ce thème est un cas exemplaire pour traiter les problématiques qui se posent pour la prévention et la promotion de la santé et rendre possible la prévention en « routine » s'agissant en particulier de la prévention des pathologies chroniques qui devient un champ majeur de la prévention. L'analyse de la prévention et de la prise en charge de l'obésité permet de dessiner un système généralisable au-delà des problématiques nutritionnelles car elle mobilise (i) l'ensemble des acteurs du système de santé et au-delà à travers la promotion de la santé (actions sur les comportements et les environnements –cf. encadré), (ii) les pratiques cliniques préventives (dépistage de l'obésité, prescription de l'activité physique etc.), (iii) le soin curatif (prise en charge des conséquences métaboliques de l'obésité, etc.).

⁷ Daniel Caby. Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ? Trésor-Eco n° 179 - Septembre 2016. <http://www.tresor.economie.gouv.fr/File/427684>.

⁸ Rapport IGAS N°2017-059R. Situation de la chirurgie de l'obésité. Dr J. Emmanuelli, V. Maymil, P. Naves (IGAS), avec le concours de C-T. Thuong, interne en santé publique. Janvier 2018. 114p.

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article704>

⁹ OCDE 2010. Franco Sassi. L'obésité et l'économie de la prévention. 292p.

<http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/l-obesite-et-l-economie-de-la-prevention-9789264084889-fr.htm>

Des leviers d'action prioritaire- ment collectifs

Pour agir de façon efficace sur les déterminants de santé et réduire l'incidence des maladies associées, il faut développer la santé dans toutes les politiques. Si l'on veut réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, il convient d'agir sur les « causes des causes » correspondant aux conditions socio-économiques, culturelles et environnementales influençant la société dans son ensemble. Une action coordonnée, au niveau interministériel, sur les déterminants sociaux, environnementaux, éducatifs, déterminants en matière de santé au travail, etc. est primordiale.

Il faut pouvoir agir au plus tôt et au plus près des personnes nécessitant une intervention et développer des actions de repérage précoce en mobilisant notamment le tissu associatif. Il faut également éviter les deux écueils concomitants d'une surmédicalisation et d'une sous-médicalisation et fournir les conditions permettant d'articuler le rôle des différents acteurs.

Il faut lutter contre la tentation de substituer à une action collective traitant des causes sociales, une approche culpabilisante faisant peser sur les individus la responsabilité de leurs difficultés.

Si l'on prend l'exemple de l'obésité on a donc besoin d'une stratégie globale qui fasse de la lutte contre l'obésité une grande cause nationale associant :

- Des leviers nationaux et supranationaux :
 - Règlementaires : taxation, réglementation sur la composition des aliments, information des consommateurs...
 - Visant à modifier les représentations de l'obésité dans la population et auprès des professionnels de santé¹⁰ ;

- Visant à faire évoluer l'industrie agro-alimentaire et à lutter efficacement contre les lobbys¹¹.

- Une action territorialisée avec la création d'environnements favorables à la santé, par exemple l'aménagement urbain facilitant l'activité physique (cf. exemple des actions menées par la ville de Strasbourg en encadré) ;
- L'organisation d'une offre de prise en charge graduée en fonction des besoins et s'appuyant sur la diversité des acteurs ;
- L'information et l'éducation des citoyens visant à l'amélioration des compétences individuelles dès le plus jeune âge.

Actions menées à Strasbourg pour la prévention de l'obésité¹²

Des actions conjointes sont menées dans les différents secteurs pour agir sur les déterminants de l'obésité le plus en amont possible et des dispositifs spécifiques sont mis en œuvre pour lutter contre les inégalités sociales.

Activité physique

- Aménagement urbain : parcours d'activités physiques urbaines « Vitaboucle ».
- Sport-Santé sur ordonnance : expérimenté depuis 2012. L'équipe municipale a un rôle de case manager sur prescription médicale (critères d'inclusions : obésité, ALD...). L'accès est gratuit pour les bénéficiaires la première année et selon le coefficient familial les années suivantes.
- Projet en cours : création d'une maison du sport-santé.

Alimentation

- Dispositif PRECOSS (Jardins santé et Paniers santé) qui s'adresse aux enfants obèses ou en surcharge pondérale et à leur famille.
- Tarif solidaire dans les cantines
- Action de promotion du petit déjeuner dans les écoles avec les parents.

Promotion de la santé à l'école

Collèges- Lycées : Parcours éducatif en santé

¹⁰ Pour paraphraser le sociologue Thibault de Saint-Pol « une vision simpliste de l'obésité couramment répandue, en fait un problème univoque dont la source tiendrait à des traits de caractère » alors que l'obésité est plurifactorielle, génétique, métabolique, sociale et environnementale.

¹¹ Il est primordial de lutter contre les lobbys des industriels qui s'appliquent à minimiser leur rôle dans l'épidémie d'obésité qui sévit aujourd'hui en déplaçant l'action des politiques publiques

sur le terrain de la responsabilité individuelle. Il est possible d'agir notamment sur la réputation des entreprises (« name and shame »).

¹² Il s'agit d'un environnement et d'un contexte très favorable car la ville a gardé toutes les compétences en matière de santé publique : PMI, santé scolaire et possède un réseau municipal intégré qui permet un ancrage territorial stable à la fois dans l'espace et dans le temps.

Les défis pour le système de santé

Concrétiser une approche globale de la santé dans les stratégies territoriales

La santé a été définie positivement par l'OMS en 1948 comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social et non simplement l'absence de maladie ou d'infirmité* ». Malgré la diffusion et le succès du concept, une tension demeure toujours entre ce modèle de santé globale et le modèle biomédical.

Le problème tient en partie à la difficulté à intégrer une dimension collective dans la prise en charge des patients et à sortir du tropisme médicamenteux. C'est en effet le médicament qui représente le premier poste de dépenses de prévention à hauteur de 3,8 milliards d'euros en 2016.

Il convient de dépasser les pratiques isolées et opportunistes d'actes considérés comme de nature préventive (vaccination, dépistage, conseils hygiéno-diététiques...) en tenant compte du fait que l'approche collective n'est pas une sorte de massification de l'approche individuelle qui consisterait notamment à traiter un grand nombre d'individus à risque modéré ou faible par un abaissement des seuils d'intervention médicalisée.

En d'autres termes, la prévention collective, qui s'adresse à l'ensemble d'une population, sur un territoire par exemple, va s'intéresser au faible risque de tout un chacun de devenir malade et ambitionne de renforcer les chances de rester en bonne santé par des mesures généralement éducatives ou environnementales. La prévention du haut risque est quant à elle ciblée et plus souvent médicalisée. Les deux types d'intervention sont nécessaires et doivent être articulées dans une stratégie globale.

Articuler les acteurs sanitaires et sociaux pour réduire les inégalités de santé

Notre système est porteur d'inégalités : conditions de vie et de travail ayant une influence sur les états de santé, transmission de normes sociales en matière de comportements de santé, recours au système de soins différenciés selon les catégories sociales notamment pour les dépistages des cancers, ... Comme en témoignent les principaux indicateurs de santé (mortalité prématurée, espérance de vie¹³...), ces inégalités sociales de santé se doublent d'inégalités territoriales¹⁴.

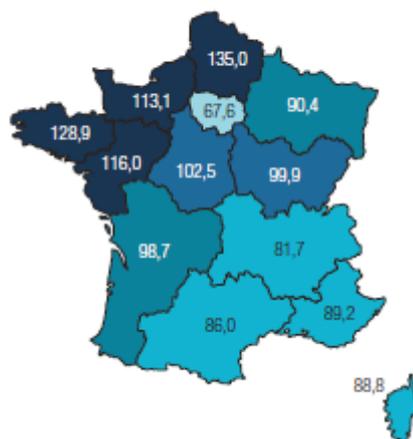
Lutter contre les inégalités sociales implique de penser la prévention de telle sorte que les actions qui seront menées les réduisent. Pour agir efficacement dans cette perspective, la mobilisation de l'ensemble des acteurs agissant localement est un enjeu fort. Les actions de prévention doivent en effet s'envisager en interaction avec l'environnement de vie des personnes dans une perspective « écologique » (déclaration de Shanghai, OMS 2016). Il est nécessaire de prendre en compte l'ensemble des compétences mobilisables, dans chaque profession, sans oublier les associations et les usagers, particulièrement déterminants dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé. Mais les acteurs locaux de la prévention (incluant les dispositifs spécifiques comme la PMI, la santé scolaire et les services de santé au travail) et la promotion de la santé sont mal identifiés par les acteurs du système de soins et leurs moyens en réduction drastique. Tout ceci concourt à diminuer l'effectivité des mesures proposées dans le cadre de la prise en charge par manque de relais dans les territoires.

¹³ En matière d'inégalités sociales de santé, on peut se référer aux inégalités de mortalité entre cadre et ouvrier. Ce résultat est en effet en partie la conséquence de l'échec relatif des politiques de prévention auprès des populations les moins favorisées : l'écart

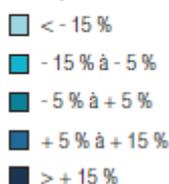
de l'espérance de vie à 35 ans est resté stable autour de sept ans pour les hommes et trois ans pour les femmes depuis les années 1970.

¹⁴ Rapport sur l'état de santé de la population en France.

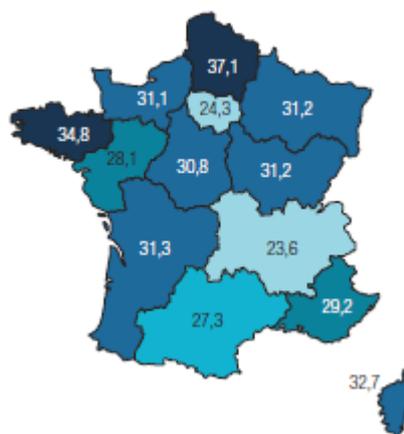
Hommes



Écart par rapport à la moyenne métropolitaine



Femmes



Écarts régionaux des taux standardisés¹⁵ de mortalité évitable¹⁶, en 2011-2013.

Prévention et soins doivent être pensés conjointement

Le développement des maladies « non transmissibles »¹⁷ est un défi pour le système de santé. On parle d'épidémie silencieuse pour ces maladies qui sont des pathologies multifactorielles et évolutives. On pourrait réduire leur prévalence par des actions de promotion de la santé et de prévention primaire dans le cadre d'une politique de santé publique volontariste. Pour autant, une détection précoce et des actions de prévention sur les déterminants de ces maladies (prévention primaire, secondaire et tertiaire) sont indispensables quel que soit le stade de la maladie pour améliorer les résultats de santé et la qualité de vie. Pour agir en ce sens, il est nécessaire de dépasser le schéma d'une succession d'actions distinctes depuis la prévention jusqu'au soin mobilisant des acteurs, des structures, des organisations différentes pour faire prévaloir la prévention et la promotion de la santé dans l'ensemble de la chaîne de soins articulée avec des actions qui peuvent être menées en dehors du système de soins pour agir sur les déterminants de la santé (actions sur l'environnement, l'alimentation...).

L'objectif est d'identifier les leviers d'amélioration et les alternatives autour des enjeux territoriaux, organisationnels et financiers, afin de développer la prévention dans le système de soins et les territoires. Il s'agit de décrire des organisations cibles permettant de fluidifier les prises en charge pour des problèmes de santé dont la composante accessible à la prévention et à la promotion de la santé est majeure.

L'enjeu n'est pas de créer des parcours types dont la réalisation est illusoire mais des organisations rendant pos-

¹⁵ Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Eurostat 2013). Sources : Certificats de décès (CépiDc) ; statistiques démographiques (INSEE).

¹⁶ In Rapport état de santé de la population – DREES & Santé publique France – édition 2017, page 74.

¹⁷ Ici la mortalité évitable est la mortalité survenant avant l'âge de 65 ans dont les causes peuvent être prévenues par des interventions efficaces en promotion de la santé et en prévention primaire.

¹⁷ Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les principaux types de maladies non transmissibles sont les maladies cardiovasculaires (accidents vasculaires cardiaques ou cérébraux), les cancers, les maladies respiratoires chroniques (comme la broncho-pneumopathie chronique obstructive ou l'asthme) et le diabète. Les principaux facteurs de risque de ces maladies sont connus : alcool, tabac, sédentarité et mauvaise alimentation augmentent le risque d'hypertension artérielle, d'obésité et de troubles de la glycémie.

sible la prévention en « routine » en dehors des dispositifs expérimentaux ou dérogatoires et ceci de façon généralisée permettant d'agir au plus tôt et au plus près des personnes nécessitant une intervention.

La prévention dans le système de soins – organisations cibles : principes

Il ne s'agit pas de produire de nouvelles recommandations sur ce qu'il faudrait faire mais de comprendre pourquoi ce dont on sait qu'il faudrait le faire n'est pas mis en œuvre et de rendre effectif ce qui est souhaitable partout et pour tous.

Le système doit être capable de produire des « parcours » entendus comme des paniers de solutions mobilisables en fonction des besoins des patients à un moment donné, s'appuyant sur les ressources locales.

L'organisation proposée qui a vocation à être déployée sans délai autorise une certaine diversité territoriale pour prendre en compte les caractéristiques locales en termes de besoins identifiés et tenant compte des dispositifs existants qui fonctionnent. La généralisation suppose qu'un certain nombre de principes soient fixés.

Préalable au déploiement des organisations cibles

Ces organisations ne peuvent être envisagées que dans un cadre global de soins coordonnés et intégrant l'ensemble des acteurs de promotion de la santé (cf. encadré). Ce schéma doit s'intégrer dans les nouvelles organisations issues de la stratégie de transformation de notre système de santé qui vient d'être arrêtée : adaptation des organisations aux besoins objectivés, réseau de proximité entendu au sens large, regroupant les différents acteurs permettant d'agir pour améliorer la santé globale des populations.

Pour le HCAAM, cette ligne de proximité doit être dotée de moyens renforcés.

L'objectif de réduction des inégalités sociales de santé doit être affirmé clairement à ce niveau. **Les moyens doivent être à la hauteur des besoins identifiés sur les territoires et nécessitent de penser un dispositif de péréquation et de rééquilibrage des moyens pour réduire en particulier les inégalités sociales de santé.**

Il est également nécessaire de soutenir les services de médecine préventive spécifiques et d'en renforcer les moyens dans un cadre rénové : services de protection maternelle et infantile, santé scolaire, services de santé au travail, aujourd'hui en très grande difficulté.

Intégration de la prévention dans le schéma de transformation du système de santé

Il ne faut pas penser une organisation des soins préventifs parallèle à l'organisation des soins curatifs comme cela a pu être envisagé dans un certain nombre de dispositifs expérimentaux, avec notamment l'absence d'implication des acteurs centraux de la prise en charge curative, en particulier le médecin traitant. De même, un certain nombre de dispositifs et outils contribuent à la coordination des soins. En accord avec le principe d'intégration de la prévention à l'offre de soins, ces éléments ne devraient pas être développés spécifiquement pour la prise en charge préventive et encore moins être segmentés par problème à traiter, sauf exceptions dûment justifiées. Au contraire, la prévention doit pouvoir s'appuyer sur et bénéficier des évolutions générales du système de santé. Ainsi, il ne s'agit pas de développer des organisations *ad hoc* (par exemple un système d'information spécifique) mais de s'appuyer sur les évolutions organisationnelles générales en veillant à ce que la prévention soit bien prise en compte dans ces organisations, dispositifs et outils.

Les évolutions organisationnelles passent aussi par un changement des représentations : la prévention doit être perçue par chaque acteur du système de santé comme une de ses missions « naturelles » et non pas - comme trop souvent aujourd'hui - comme une activité « optionnelle » réalisée quand les moyens le permettent. Des incitations pour développer la prévention en pratique clinique peuvent être proposées¹⁸.

¹⁸ La rémunération sur objectifs de santé publique du médecin traitant de l'enfant va dans ce sens. Parmi les objectifs retenus figure le repérage du surpoids et de l'obésité par le médecin traitant (indicateur : part des patients de moins de 16 ans dont la

L'offre de prévention doit être intégrée et graduée dans le système de soins

Le niveau de proximité a vocation à porter une responsabilité populationnelle en matière de santé publique, promotion et prévention de la santé. Dans ce cadre, la prévention devient une mission prioritaire des professionnels de santé quel que soit leur cadre d'exercice.

Le principe est le suivant : sur les territoires, la réponse doit (i) être graduée en fonction des besoins ; (ii) organisée (maillage adapté aux besoins de la population) ; (iii) s'appuyer sur la diversité des acteurs. En termes de planification, le raisonnement thématique par pathologie doit être réservé au niveau le plus spécialisé (exemple des centres spécialisés de l'obésité – CSO – mobilisés pour la prise en charge des obésités très sévères), l'organisation étant pour le reste indifférenciée.

La prise en charge des maladies chroniques « non transmissibles » et de leurs déterminants nécessite une action conjointe, somatique et psychique, sociale et médicale permettant de prendre en compte l'environnement social de la personne ; le dépistage, l'évaluation et le suivi par le médecin traitant ; la prise en charge et le traitement des comorbidités avec une prise en charge pluri-professionnelle en fonction des besoins des patients¹⁹. Elle comprend une éducation thérapeutique, délivrée prioritairement en proximité.

Dans le schéma proposé par le HCAAM :

- Le dépistage et la prise en charge des déterminants des maladies chroniques dans leurs formes non compliquées, bilan et prise en charge initiale des personnes, éducation thérapeutique, suivi et cohérence des soins relèvent d'une prise en charge de proximité organisée par le réseau de proximité autour du médecin traitant. Les centres de santé sont intégrés

dans ce réseau de proximité. Les médecins du travail, les médecins scolaires et de PMI, les réseaux spécifiques ainsi que les acteurs de prévention primaire hors système de soins interviennent également pour ce type de prise en charge ;

Gradation de l'éducation thérapeutique – d'après le projet régional de santé de l'ARS Hauts-de-France²⁰

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est structurée en 3 niveaux dans une logique de parcours éducatif en santé :

Niveau 1 : une offre d'ETP dite de premier recours, dispensée par les professionnels de santé de premier recours, quel que soit leur mode d'exercice (équipe de soins primaires, structure d'exercice coordonné), en direction des malades chroniques non compliqués et/ou relativement stabilisés (notamment dans le cadre de pathologies fréquentes comme le diabète, les maladies cardiovasculaires et respiratoires).

L'enjeu est de proposer une prise en charge éducative dès le diagnostic de la pathologie chronique afin de développer les compétences du patient autour de sa pathologie, de favoriser une bonne observance, de faciliter la prévention des complications.

Grâce au maillage de l'offre de soins de premier recours, la prise en charge éducative est dispensée à proximité du lieu de vie du patient et en facilite dès lors l'accès.

Niveau 2 : une offre d'ETP de deuxième recours, assurée par les équipes sur orientation du médecin traitant et des établissements de santé pour les malades chroniques complexes (pluri-pathologies, complications médicales et/ou psychosociales).

Niveau 3 : une offre d'ETP en établissement de santé pour les prises en charge lourdes et très spécialisées (2ème et 3ème recours).

- Les prises en charge plus complexes qui relèvent d'une prise en charge spécialisée impliquant, en lien avec les médecins traitants, les médecins spécialistes doivent également pouvoir être effectuées en proximité. Dans ce cadre, les établissements de santé de proximité pourraient

courbe de corpulence est renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an).

¹⁹ En présence d'une obésité « sévère » avec des troubles du comportement alimentaire par exemple, une évaluation médicale spécialisée (médecin nutritionniste) peut conduire en fonction

des besoins vers des prises en charge spécialisées à l'exemple du reconditionnement à l'effort, du suivi psychiatrique ou de la considération d'une éventuelle chirurgie.

²⁰ <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-hauts-de-france-2018-2028>

jouer un rôle en partie grâce à leur plateau technique ainsi que comme relais de proximité avec les structures les plus spécialisées ;

- Les cas complexes (par exemple les obésités très sévères) pouvant nécessiter une coordination de type gestion de cas doivent mobiliser les structures plus spécialisées.

Structurer les organisations autour de fonctions-clés

Les organisations du système de soins pour prendre en charge les déterminants des maladies chroniques ou leurs complications sont potentiellement nombreuses. Leurs objectifs et cibles peuvent varier, elles impliquent des acteurs différents, reposent sur des cadres juridiques divers, varient quant à leur gouvernance, financement, fonctionnement.

L'analyse de ces organisations permet néanmoins de relever un certain nombre de « fonctions-clés » communes. Ces fonctions-clés consistent en des leviers particuliers, des éléments de processus, des conditions d'application, observés de façon récurrente comme associés à l'efficacité d'un dispositif quel qu'il soit. Pour le HCAAM les organisations-cibles sont construites à partir d'une combinaison de ces fonctions-clés²¹.

Plan personnalisé de santé

C'est un préalable à toute démarche de prise en charge. Sous la responsabilité du médecin traitant, la définition de la prise en charge doit pouvoir être adaptée aux res-

sources psycho-sociales des patients²² et tenir compte des contextes locaux (conditions de faisabilité). Les plans personnalisés s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques en vigueur et les référentiels métiers.

Référent

Dans le champ de la prévention, la prise en charge relève de l'action de divers professionnels permettant d'appréhender la complexité du sujet qui requiert des expertises dans les domaines variés psychologiques, somatiques, sociaux, thématiques (activité physique, diététique), etc. Celle-ci peut s'organiser au sein d'une même équipe ou entre entités différentes, mettant en lien des maisons de santé, des équipes de soins ambulatoires, voire des équipes hospitalières en fonction du degré de sévérité et peut impliquer des acteurs en dehors du système de soins (par exemple, la PMI, la médecine du travail, la santé universitaire, la santé scolaire).

L'intervention de plusieurs professionnels ou équipes autour d'un même patient implique de définir un référent responsable de l'accompagnement des patients. Cette fonction doit être conçue en tenant compte des besoins et des ressources existantes²³.

Le référent doit être choisi par le patient dans l'équipe qui le prend en charge. Il peut s'agir de son médecin traitant, d'un professionnel travaillant en collaboration avec celui-ci ou d'un autre professionnel appartenant à une structure de soins coordonnés.

²¹ Ces fonctions peuvent se décliner de façon différente selon les contextes locaux et les besoins individuels. Les organisations doivent pouvoir s'adapter pour s'intégrer aux autres organisations présentes sur le territoire. Ceci est important à souligner en particulier pour les organisations promues au niveau national : il faut que leur déploiement sur les territoires prévoit explicitement des modalités d'adaptation et d'intégration à l'existant. Par exemple, s'il existe un programme structuré d'éducation thérapeutique du patient (ETP) sur un territoire donné, une nouvelle organisation devrait se mettre en place en intégrant le programme existant et non pas en s'y substituant.

²² C'est-à-dire aux contextes, besoins, préférences et caractéristiques des personnes.

²³ Cette fonction ne doit pas être conçue spécifiquement pour l'obésité mais peut être mutualisée au sein d'un territoire aux autres situations de prévention (exemple du programme je t'aime mon cœur, des sages-femmes référentes territoriales, etc.). Toutefois, pour les patients présentant des critères de sévérité ou une situation particulière de vulnérabilité sociale ou en termes de littératie en santé, le rôle du référent peut être renforcé au-delà de l'orientation par une mission d'accompagnement.

Dans un cadre d'exercice regroupé, cette fonction peut être organisée au sein de la structure (exemple des infirmières ASALEE) ; dans un cadre d'une organisation spécifique (notamment les REP-POP), elle est assurée par l'organisation en question ; sinon elle pourrait être assurée par un professionnel de santé libéral coordonnateur (exemple du référent du programme Je t'aime mon cœur) avec une coordination intégrée au sein de la CPTS.

Coordination des effecteurs

Les modes d'exercices favorisant la pluri-professionnalité doivent intégrer cette dimension. La constitution d'un réseau territorial de proximité autour des communautés professionnelles de territoires et des établissements de proximité va dans ce sens. Ce type d'organisation permet en outre de construire des espaces d'échanges structurés pour les cas complexes, telles que les réunions de concertation pluridisciplinaire.

En termes de systèmes d'information, l'intégration des acteurs de proximité dans un même cadre d'interopérabilité est une exigence minimale.

Développement des compétences personnelles des patients

L'implication effective des personnes est une condition d'acceptabilité, de faisabilité et d'efficacité de tout dispositif. Une stratégie efficace d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique et d'accompagnement (au sens aide et soutien psychosocial fournis au patient pour renforcer sa motivation dans la durée) s'appuie sur les leviers suivants : (i) un accès simple et documenté à une information sur l'ensemble des offres adaptées à leur situation dans le territoire où ils vivent ; (ii) la mise à disposition d'outils au service du partage d'information entre professionnels et de l'accès à ces informations ; (iii) des dispositifs spécifiques pour les publics vulnérables ; (iv) une accessibilité géographique et financière aux dispositifs de prise en charge.

Intégration territoriale

Les organisations cibles sont construites dans un cadre prenant en compte les autres stratégies de prévention mises en place, notamment celles hors du système de santé. Il s'agit d'intégrer dans l'organisation cible l'action des collectivités territoriales²⁴, des centres de santé ainsi que l'action d'autres acteurs institutionnels de la prévention comme la santé scolaire et la médecine du

travail et celles du milieu associatif particulièrement actif en promotion et prévention de la santé.

Organisations cibles pour la prévention Principes

- Il ne faut pas proposer de parcours stéréotypés et linéaires, mais ce que l'on pourrait appeler des « parcours cadres », c'est-à-dire des paniers de solutions mobilisables par le patient à des moments différents en fonction de l'évolution de ses besoins, avec des trajectoires souples et évolutives.
- Le patient est pris en charge en fonction de ses besoins, de ses préférences et des spécificités des organisations locales.
- Les paniers de solutions sont spécifiés en fonction du niveau de sévérité. Ils peuvent être déclinés par population : enfants, adolescents, femmes enceintes, population générale, personnes en situation de précarité, etc.
- Il n'y a pas un modèle unique. Divers modèles d'organisation peuvent se rencontrer mais ceux-ci sont tous structurés autour de cinq fonctions-clés : (i) plan personnalisé de santé, (ii) référent, (iii) coordination des effecteurs, (iv) développement des compétences personnelles des patients, (v) intégration territoriale. Ce sont ces fonctions qu'il faut modéliser et le cas échéant financer. Ces fonctions peuvent prendre plusieurs formes et leurs opérateurs peuvent être différents selon les territoires.
- Les organisations ainsi composées d'une combinaison de fonctions doivent pouvoir s'adapter pour s'intégrer aux autres organisations présentes sur le territoire.
- Ces organisations doivent être pensées en « routine » en dehors de dispositifs expérimentaux ou dérogatoires, et ceci de façon généralisée (réponse universelle).
- Il s'agit de penser un système robuste, qui évite l'hyper-sectorisation des prises en charge.
- Quel que soit le degré de sévérité les fonctions-clés doivent donc être toujours présentes. C'est la forme et la densité prises par ces fonctions-clés qui doivent être graduées.

L'organisation doit permettre d'atteindre les bonnes cibles afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Beaucoup d'associations généralistes (comme les Ins-

²⁴ Les compétences des communes et des métropoles permettent des actions assez larges pour tout ce qui concerne l'urbanisme, le logement ou des problématiques telles que la pollution de l'air, intérieur ou extérieur. Certaines collectivités ont par ailleurs conservé toutes les compétences en matière de santé publique : PMI,

santé scolaire... et possèdent comme dans le cas de Strasbourg un réseau municipal intégré qui permet un ancrage territorial stable et une grande cohérence dans les différentes actions de santé publique et de prévention.

tances régionales d'éducation et de promotion de la santé - Ireps) ou thématiques (alcool, cancer, tabac, sida, sexualité et contraception...) jouent un rôle clef. Des actions adaptées ou ciblées faisant intervenir des intervenants communautaires pour pouvoir agir au plus près des lieux de vie et toucher les populations les plus précaires doivent être facilitées car ces acteurs ont un rôle à jouer dans le dépistage ou le repérage et pour l'orientation précoce dans les dispositifs de prise en charge.

Les conditions du déploiement

La transformation proposée vers des organisations de proximité orientées sur la santé globale articulant soins, prévention et médico-social nécessite d'outiller les acteurs pour accompagner un déploiement effectif. Le développement concomitant des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et de contrats locaux de santé (CLS) renouvelés est une opportunité qui doit viser des objectifs convergents pour mettre en œuvre la prévention sur les territoires. Les moyens de la coordination doivent être consolidés à ces deux échelons qui se recouvrent partiellement. La prévention est à cette intersection : « santé dans toutes les politiques » portée au sein des CLS, mobilisation des professionnels de santé au plus près des besoins.

Renforcer les outils du pilotage

Le modèle proposé est organisé à partir des besoins et des services à rendre à la population. Le repérage des besoins des populations les plus à risque est un objectif essentiel.

Les ARS doivent fédérer et organiser le dialogue autour de cette démarche de l'ensemble des acteurs du territoire, au premier rang desquels les collectivités territoriales, régions, départements et intercommunalités mais également les acteurs intervenants dans les lieux de vie : école, entreprises, associations, ...

Dans ce cadre, l'agence régionale de santé (ARS) doit définir les services attendus sur les territoires à partir d'une analyse des besoins de la population (élaboration concertée

du diagnostic territorial) et doit s'assurer de leur effectivité et de leur qualité. Elle a également un rôle à jouer pour accompagner l'adaptation des organisations territoriales, pour mettre à disposition des professionnels un recensement des offres de soins et de prévention existantes et pour diffuser aux acteurs locaux les données probantes établies par Santé publique France et la Haute Autorité de Santé en matière de prévention et promotion de la santé.

Dans cette démarche d'accompagnement du changement, les ARS et les acteurs locaux doivent pouvoir s'appuyer sur des moyens d'analyse, notamment territoriale et sur une ingénierie solide. Des outils d'analyse stratégique sont à développer au niveau national et mis à disposition, en particulier les outils d'analyse territoriale prospectifs et dynamiques.

Dans l'ingénierie d'accompagnement du changement figure également la capacité des ARS à accompagner les professionnels et structures de soins. Là aussi, il conviendrait de mettre à leur disposition un appui mobilisant des compétences qui leur manquent parfois dans certains domaines. Il est important, enfin, que les porteurs de projet notamment de CPTS, bénéficient d'un accompagnement et d'interlocuteurs identifiés.

Renforcer les outils du numérique

Le schéma prospectif proposé ne peut pas être mis en œuvre sans que soient mobilisés les outils numériques qui permettent de rendre accessibles aussi bien aux usagers qu'aux professionnels les nouveaux services et les nouveaux outils qu'ils sont en droit d'attendre.

Une intégration de l'ensemble des acteurs du réseau de proximité, incluant le secteur médico-social et les services de prévention spécifiques, dans un même cadre d'interopérabilité est une exigence minimale.

Le développement d'outils numériques innovants doit faciliter l'orientation du patient, son accompagnement à long terme, ses contacts avec les professionnels de santé. Il doit également permettre de simplifier les conditions d'exercice des professionnels et de ré-



soudre les problématiques centrales de coordination et d'échange d'informations notamment.

La mobilisation de données de santé au service de l'action de transformation est cruciale. Les acteurs locaux doivent disposer des données relatives aux états de santé, aux recours ainsi qu'aux pratiques et résultats obtenus dans les territoires. Le recueil de données cliniques en ambulatoire contribue au développement de la recherche et à l'amélioration des pratiques qui fait particulièrement défaut aujourd'hui dans le champ de la prévention.

Confier au réseau de proximité la responsabilité populationnelle

Dans une approche systémique, telle que l'a préconisé le HCAAM dans son avis du 24 mai 2018, le réseau de proximité porte une responsabilité populationnelle en matière de santé publique, promotion et prévention de la santé.

Les CPTS en lien avec les établissements responsables de la proximité proposent une prise en charge graduée intégrant la prévention pour répondre aux besoins identifiés sur les territoires qui se matérialise avec le projet territorial de santé. Les CPTS participent pleinement à l'organisation des paniers de solutions mobilisables au niveau de proximité.

Les CPTS doivent pouvoir mobiliser le développement professionnel continu (DPC) pour favoriser une réponse collective et cohérente aux besoins de formation qu'elles estimeront nécessaires en accompagnement de la démarche engagée et pour traiter aussi des problématiques de santé propres à chaque territoire (formation pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle).

L'organisation pratique des lieux d'exercice est bien évidemment un enjeu clé. Les professionnels doivent pouvoir dégager du temps et disposer des moyens d'assurer un suivi populationnel performant (secrétariat, base de données, etc.) pour déployer des prises en charge notamment préventives adaptées à titre individuel au plus près des conditions de vie des patients.

S'appuyer sur les usagers

L'inclusion des usagers et des patients aux processus de prévention est non seulement une exigence pour répondre à leurs attentes, mais également une condition indispensable de l'amélioration de la pertinence des recours et de la qualité du système de santé.

Pour le HCAAM, la politique menée en faveur de l'inclusion des usagers et des patients doit être réellement ambitieuse selon différents axes :

- Garantir l'accès de la population aux informations générales sur la santé et les services accessibles en donnant au Service Public d'information en santé (SPIS) prévu en 2016 des moyens et une visibilité à la hauteur des ambitions affichées.

L'information doit être accessible, lisible et compréhensible par ses destinataires. Des propositions adaptées devraient être conçues pour, et avec, les populations ayant des besoins d'informations spécifiques (personnes en situation de handicap, vulnérables, étrangères, de grand âge, etc.).
- Mettre en place des outils d'information des patients sur leur processus de prise en charge notamment pour les prises en charge complexes (plan personnalisé de santé). L'information du patient sur sa prise en charge doit inclure les éléments relatifs à ses droits sociaux
- Mettre en place des outils d'implication des citoyens, des patients et de leur entourage dans les démarches qui les concernent. Pour cela des modèles existent de « décision partagée en soins de santé » qui seraient à prévoir dans la ligne éditoriale du SPIS
- Le HCAAM souhaite que les usagers aient un accès simple et documenté à une information sur l'ensemble des offres adaptées à leur situation dans le territoire où ils vivent. Le Haut Conseil considère, par ailleurs, qu'une plus grande transparence sur les compétences et les engagements de service des différents professionnels et structures serait à même de faciliter l'orientation des patients et de les rassurer.

Rénover les outils de la contractualisation

La diversité des acteurs et des effecteurs intervenant dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé nécessite une grande adaptabilité. Il convient de garantir la pérennité des alliances et des partenariats qui doivent être nouées.

En particulier, les collectivités territoriales interviennent dans un large champ de compétence : habitat, éducation, environnement, transports, aménagement du territoire, restauration collective, petite enfance, etc. Elles disposent de leviers importants pour agir en prévention et promotion de la santé.

Il convient de resserrer les liens entre les acteurs agissant sur les territoires en fonction des priorités de santé publique identifiées et des ressources locales, en particulier les services de prévention organisés sur les territoires (PMI, services de médecine préventive, etc.), les centres de santé ainsi que les dispositifs communautaires dédiés à la prévention et à la promotion de la santé portés par le milieu associatif.

A ce titre, les contrats locaux de santé (CLS) et les conseils locaux de santé mentale (CLSM), conclus entre les ARS et les collectivités territoriales (article L1434-17 du code de la santé publique) ainsi que les contrats de ville unique (CVU) à la main des collectivités sont des outils puissants.

Les CLS reposent sur une démarche de concertation des acteurs locaux et constituent l'outil à mobiliser pour développer des organisations pluri-professionnelles et pluri-institutionnelles de prise en charge préventive de proximité. Ils permettent de contractualiser avec l'ensemble des acteurs : collectivités locales, préfets, assurance maladie, établissements de santé, professionnels, associations, ... Aujourd'hui les professionnels libéraux sont encore trop peu mobilisés dans le cadre des CLS. Dans le schéma préconisé par le HCAAM, « les CPTS ont la faculté de passer des contrats au nom de leurs

membres avec les ARS ainsi qu'avec des établissements de santé ou des collectivités territoriales ou tout autre acteur ».

Ceci nécessite toutefois de faire évoluer ces dispositifs aujourd'hui très hétérogènes quant à leur composition, leurs modalités d'élaboration, de suivi, de gouvernance. L'assurance maladie²⁵ (en particulier la Mutualité sociale agricole, dans les zones rurales) devrait être systématiquement associée à ces dispositifs de coordination locaux. Cet investissement peut être un levier supplémentaire de mobilisation des collectivités pour s'intégrer dans le cadre de la politique régionale et locale de santé et articuler leur action avec les effecteurs du système de soins.

La question de la pluralité et de la gouvernance de ces outils de contractualisation se pose. Dans un objectif de simplification et de lisibilité, on pourrait promouvoir un outil unique mais il faut prendre en compte l'autonomie des collectivités territoriales. Selon les cultures, les sensibilités locales et les ressources existantes, l'engagement des collectivités diffère (exemple des villes actives du Programme national nutrition santé). Leur action est primordiale pour agir en amont sur les déterminants de la santé et elles participent largement au financement global puisqu'elles contribuent pour un tiers environ aux dépenses de prévention collective au sens des comptes de la santé. Toutefois, notamment du fait d'une grande hétérogénéité en matière de besoins ou de ressources humaines ou financières consenties, l'investissement des collectivités doit encore être promu et renforcé²⁶. **En tout état de cause, il paraît nécessaire de faire le bilan de ces dispositifs et de mettre en place une mission d'accompagnement national qui viserait à capitaliser les expériences et projets, partager les méthodes et outils, prendre en compte et éclaircir des situations complexes dans le cadre des CPTS, développer une concertation interministérielle propice à**

²⁵ En effet, les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) financent et conduisent de nombreuses actions de prévention sur le terrain.

²⁶ Des propositions ont été faites dans ce sens dans le précédent avis sur la prévention.

une plus grande cohérence dans les politiques publiques et à une amélioration de l'efficacité localement.

Comment assurer un financement de droit commun ?

La question du financement est double, portant sur les modalités d'une part, sur l'estimation du montant global d'autre part.

Les modalités de financement doivent obéir à certains principes sur les objectifs et l'organisation des soins

Des règles de financement claires et pérennes sont nécessaires. Les modalités de financement doivent promouvoir un plan cohérent et adapté aux besoins du patient, reposant sur des référentiels validés et tenant compte de la diversité des intervenants.

Les réflexions précédentes et le rapport sur la prévention et la prise en charge de l'obésité conduisent à l'idée qu'il est nécessaire de financer plusieurs fonctions et métiers mal ou pas pris en compte à l'heure actuelle :

- Les métiers non considérés comme professions de santé mais dont l'apport est fondamental dans la prise en charge des déterminants des maladies chroniques « non transmissibles » (psychologues, diététiciens) ;
- L'activité physique adaptée : rémunération des professionnels ; financement des structures et équipements ;
- L'éducation thérapeutique (recoupant en partie les deux points précédents), dans le cadre d'un plan structuré et validé ;
- Les fonctions de référent et d'accompagnement.

En outre, les professionnels de santé eux-mêmes ne bénéficient pas toujours d'une rémunération adaptée pour des consultations qui peuvent être longues et complexes, malgré des avancées récentes dans la nomenclature par exemple pour la prise en charge de l'obésité de l'enfant. Cette observation conduit d'ailleurs les établissements de

santé à préférer des prises en charge en hôpital de jour pour les bilans pluridisciplinaires afin de bénéficier d'une rémunération suffisante, avec le risque de se heurter à des sanctions en cas de contrôles par l'assurance-maladie dans les cas où la circulaire frontière n'est pas respectée.

Pour autant, une tarification classique à l'acte ne paraît pas adaptée à une telle prise en charge qui doit être envisagée au long cours et comprendre l'intervention de plusieurs catégories de professionnels, à intervalles réguliers, dans le cadre d'un plan personnalisé et coordonné de soins.

De nouvelles modalités de financement sont donc à mettre en place, reposant sur les principes suivants :

- Ces modalités de financement ne doivent pas être expérimentales ou dérogatoires aux règles en vigueur, mais offrir aux acteurs une garantie de pérennité.
- Le financement des professionnels et structures doit être conditionné à l'insertion dans un plan structuré et coordonné. L'entrée dans un tel programme ne peut se faire qu'au sein d'une organisation pluri-professionnelle. Cette structure doit avoir conventionné avec l'assurance maladie pour garantir un fonctionnement répondant aux bonnes pratiques (recommandations de la Haute autorité de santé), afin d'autoriser la prise en charge par l'assurance-maladie d'actes et de prestations comme les consultations de diététique, de psychologie, l'activité physique adaptée. La CPTS en lien avec les établissements de proximité pourrait se saisir de ce sujet et être elle-même l'organisatrice du dispositif.
- Il est nécessaire pour cela que les acteurs engagés dans la prise en charge d'un patient partagent les informations le concernant ; l'outil adéquat devrait être le dossier médical partagé si l'on considère l'enjeu d'une prise en charge centrée sur le patient et non sur un facteur ou une maladie, dans un contexte de multimorbidité.
- Une fonction de référent doit être définie et financée. Ce financement peut aisément se fonder sur un forfait annuel par

patient à verser au professionnel concerné ou à sa structure d'appartenance.

- Il faut pouvoir s'assurer de l'adéquation entre le programme prévu dans le plan personnalisé de santé et le programme effectivement réalisé (évaluant à la fois la qualité de la coordination et l'observance du patient), et analyser les résultats obtenus. Le recueil des données est de la responsabilité du référent et des différents acteurs de la prise en charge. La rémunération des acteurs peut être conditionnée à ce retour des éléments minimaux objectivant la réalisation du programme. Ce contrôle de la qualité des prises en charge peut prendre la forme d'une auto-évaluation ou être placé sous la responsabilité de l'assurance maladie sur la base des données de suivi et des résultats recueillis dans le système d'information. Il faut cependant prendre garde à ne pas alourdir le travail des professionnels. Le système d'information doit permettre un tel recueil de manière simple.

En pratique, le dispositif pourrait fonctionner de la manière suivante :

- Repérage, proposition faite au patient d'entrer dans un programme de prévention et de promotion de la santé, adapté à sa situation : en principe médecin traitant, ou médecin spécialiste : financement d'une consultation de bilan, facturable une fois dans le processus, à un tarif élevé (consultation de l'ordre de 45-60 minutes).

La question pourrait se poser, dans certains cas particuliers comme les obésités sévères, de procéder à un bilan en établissement de santé, en hôpital de jour, pour accéder aisément et rapidement à l'ensemble des explorations complémentaires pertinentes (dont celles qui ne bénéficient pas d'une cotation). Une telle option ne paraît justifiée que dans les cas vraiment complexes. Dans ces cas, la responsabilité de l'élaboration du plan personnalisé de santé pourrait revenir à cette structure en lien avec les professionnels de proximité.

- Choix d'un référent par le patient à cette occasion, après discussion avec le praticien : soit son médecin traitant, soit un professionnel travaillant en collaboration avec celui-ci, soit un autre professionnel, soit une structure de type MSP ou réseau.
- Définition par ce référent du plan de prise en charge personnalisé, en accord avec le médecin traitant (si ce n'est pas lui-même), la rémunération de cette étape entrant dans le forfait annuel du référent.
- Recours du patient aux différents services et prestations prévus dans le plan : par exemple consultations de diététique, consultations de psychologue, éducation thérapeutique, activité physique adaptée, accompagnement téléphonique éventuel..., ces prestations étant alors financées par l'assurance maladie (obligatoire et éventuellement complémentaire) ainsi que d'autres financeurs dès lors qu'elles sont prévues dans le programme.
- Pour le programme d'éducation thérapeutique, un financement forfaitaire est à estimer pour un nombre de séances moyen, sur la base d'un programme validé, que le programme soit délivré en ville (de préférence) ou en établissement (par exemple 250-300 euros pour 4 à 6 séances collectives...)
- Dans le cas de l'activité physique, le modèle le plus simple est un financement de la structure d'animation par une dotation annuelle (où peuvent participer divers financeurs : assurance-maladie, collectivités territoriales, assureurs complémentaires...) et un droit de tirage du patient défini lors de l'élaboration de son plan de prise en charge pour accéder aux activités proposées.
- En ce qui concerne les psychologues et les diététiciennes, une tarification à l'acte serait établie, l'accès au remboursement étant encadré par l'intégration des professionnels dans le dispositif piloté par le référent.
- Contrôle de la qualité des pratiques permettant d'évaluer l'adéquation entre le

programme prévu et le programme effectivement réalisé (évaluant à la fois la qualité de la coordination et l'observance du patient).

Pour l'obésité que nous avons plus particulièrement analysée, ces principes devraient être appliqués aussi dans le cas de la préparation à la chirurgie bariatrique et du suivi post-chirurgie, sous la supervision des CSO. Dans ce domaine, pour garantir la qualité de la préparation, de l'indication et du suivi, il pourrait être proposé des systèmes de tarification à l'épisode, incluant non seulement l'acte chirurgical lui-même mais aussi les 6 mois de préparation et une période de 6 mois de suivi post-opératoire, obéissant aux recommandations de la HAS, la rémunération de l'intervention étant conditionnée à la mise en œuvre de la période de préparation, incluant la décision pluridisciplinaire, et d'un suivi complet, intégrant le suivi nutritionnel en particulier.

Ainsi, il existe plusieurs « modules » de prise en charge possibles (éducation thérapeutique, prise en charge psychologique au long cours, activité physique adaptée...), d'intensité variable en fonction du patient (cf. échelle de gradation discutée plus haut).

Le HCAAM propose le financement distinct des différents « modules » :

- Consultation d'évaluation initiale,
- Forfait annuel du référent,
- Programme d'éducation thérapeutique,
- Activité physique adaptée...

Ce financement relève d'un partage à définir entre AMO, AMC et d'autres financeurs (collectivités territoriales,...). Le financement s'agissant de l'assurance maladie devrait se faire sur la base d'une nomenclature tarifaire nationale, le remboursement étant conditionné au fait que le programme est organisé et coordonné par le référent, et contrôlé par

l'assurance-maladie. C'est pourquoi une convention préalable doit être conclue entre l'assurance maladie et les professionnels ou structures assurant le rôle de référents.

Le HCAAM considère que cette voie est à privilégier pour résoudre la plupart des problèmes rencontrés, compte tenu des difficultés importantes et des effets pervers potentiels d'une forfaitisation complète en fonction du niveau de risque pour une prise en charge sur une certaine durée (semestre, année...), qui est parfois envisagée²⁷.

Les estimations sur le montant global nécessaire doivent tenir compte des sommes déjà engagées - exemple pour l'obésité

Ces rémunérations nouvelles sont-elles finançables ?

Dans les expérimentations en cours ou projetées, et lorsqu'on valorise l'ensemble des étapes de prise en charge d'un patient obèse, le montant annuel par patient, toutes prestations incluses, varie en général entre 400 euros et 1 000 euros selon le type de prestations prévues. Il ne paraît pas envisageable d'engager une prise en charge de 1 000 euros par an pour tous les patients concernés (plus de 10 millions de patients en situation d'obésité). Il faut tenir compte des éléments de gradation dont il a été question plus haut, et s'assurer que les prises en charge respectent ces critères notamment en faveur des patients les plus sévères et des patients en situation de précarité. L'obésité très sévère pourrait concerner 500 000 patients (pas d'estimation précise à ce jour). Sur la base d'un montant moyen par patient de 600 euros par an, le montant global nécessaire est de l'ordre de 300 millions d'euros.

Une partie de ce montant est en réalité déjà prise en charge au sein de la masse des con-

²⁷ D'une part, il est difficile de déterminer un tel forfait : les situations de chaque patient sont différentes, il n'y a pas de « parcours types » ; et même s'il est théoriquement possible de définir quelques classes de forfait en fonction de la sévérité et de l'intensité de l'accompagnement (en termes de nombre de professionnels impliqués, de nombre de séances...), on ne dispose pas de tous les critères pour déterminer a priori dans quelle classe un

patient donné serait orienté (en particulier les critères socio-économiques, le niveau d'éducation, etc.). De plus, toute forfaitisation soulève la question du calibrage assurant que les besoins de chaque patient sont bien couverts. Enfin, dans un système où l'ensemble des acteurs ne sont pas intégrés se pose la question du partage du forfait.

sultations médicales (et de quelques hospitalisations de jour pour bilan). A l'heure actuelle, le financement des actes liés à cette prise en charge n'est pas tracé et il est impossible d'évaluer le montant correspondant.

Au sein des nomenclatures actuelles, il existe peu d'actes spécifiques du suivi de l'obésité :

- au titre des consultations, dans le cadre de parcours de soins, de patients présentant une pathologie complexe ou instable, assorties d'une majoration de 16 euros, figure la première consultation spécifique pour un trouble grave du comportement alimentaire (dont l'obésité morbide) réalisée par un endocrinologue ;

- depuis le 1^{er} novembre 2017, en application de la dernière convention médicale, au titre des consultations à fort enjeu de santé publique (réalisées à tarif opposable), rémunérées à hauteur de 46 euros, figure la consultation de suivi de l'obésité pour les enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité (facturation au maximum deux fois par an).

Il est par ailleurs prévu d'introduire dans la ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique) des indicateurs sur le repérage et la prise en charge de l'obésité chez les enfants.

Par ailleurs, la majorité des consultations assurées par les médecins nutritionnistes doivent être dédiées à ce problème. Les médecins généralistes ayant le mode d'exercice particulier « maladie du diabète et de la nutrition, diététique », au nombre de 132 en 2016 d'après la CNAM, totalisent 9,9 millions euros d'honoraires (hors dépassements). Mais il faudrait y ajouter une part (inconnue) de l'activité des spécialistes de l'endocrinologie et du métabolisme (69,5 millions d'euros d'honoraires en 2016 pour l'ensemble de leur activité).

Enfin, au sein de la CCAM, figurent les actes de chirurgie bariatrique pour obésité morbide, avec un peu moins de 50 000 interventions par an (hors ablations de matériel et reprises ; source CNAM) ; aux tarifs 2017, le montant lié à ces séjours atteint 190 millions d'euros.

Par ailleurs, certains montants sont mobilisés pour le fonctionnement des CSO, pour des expérimentations (Obepedia,...), pour les réseaux de soins (REPPPOP), à travers le FIR.

D'après le rapport d'activité du FIR 2016, les actions de prévention pour lutter contre l'obésité totalisent 3,5 millions d'euros (hors

financement des réseaux de santé et parcours de santé coordonnés, hors éducation thérapeutique), et les autres actions de promotion de la nutrition-santé représentent 10 millions d'euros.

Une autre partie des actions, enfin, est financée sur des fonds de prévention de l'assurance-maladie et des collectivités territoriales. Ces dépenses ponctuelles ne dépassent certainement pas la dizaine de millions d'euros.

Les Comptes de la santé (édition 2017, portant sur l'année 2016) font état, au titre des dépenses de prévention, de 16 millions d'euros identifiés au titre des actions « nutrition-santé » (en baisse par rapport à 2010 : 27 millions, probablement en raison du PNNS), mais ce montant inclut les dépenses du FIR (précisément 12 pour le FIR et 4 pour les autres sources de financement : Santé publique France, CNAM...)

Ainsi, un besoin de financement spécifique supplémentaire est mis en évidence, avec deux marges de manœuvre pour procéder à des économies au sein des dépenses actuelles :

- Améliorer l'efficacité des dépenses consenties dans les actions en cours, en les intégrant dans un réel parcours de santé coordonné, obéissant aux recommandations de bonnes pratiques ; soulignons à nouveau que les actions ponctuelles ont peu d'intérêt.
- Limiter le recours à la chirurgie bariatrique par une meilleure prévention en amont et une meilleure sélection des indications.

On doit aussi réfléchir à un partage des dépenses entre assurance maladie obligatoire, assurance maladie complémentaire, collectivités territoriales et patients eux-mêmes, en tenant compte de la situation sociale de ces derniers (par exemple, dans le programme Sport-Santé de Strasbourg, a été mise en place une tarification solidaire).



Conclusion

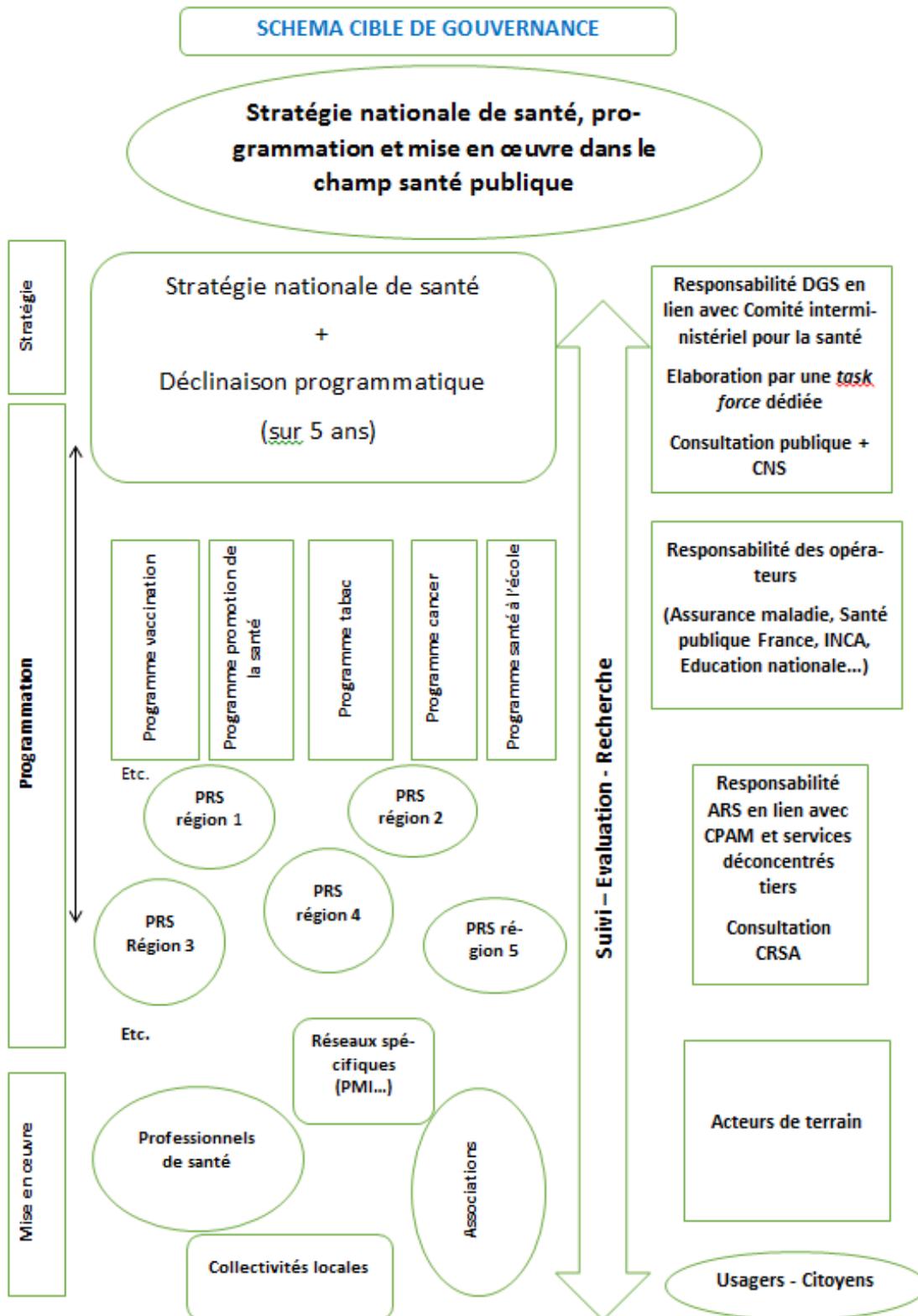
- Les pistes d'amélioration dessinées s'inscrivent dans le schéma général de la transformation du système de santé récemment annoncé, qui comprend une structuration des soins de proximité autour des communautés professionnelles territoriales de santé et des établissements de proximité, une adaptation des moyens aux besoins objectivés et la gradation des prises en charge.

La prévention est pleinement intégrée dans l'activité de droit commun des professionnels de santé. L'ARS définit les services attendus et permet des modulations territoriales en fonction des besoins de santé identifiés pour la population (problématiques particulières).

- Il n'est pas défini un « parcours-type », mais une méthode de prise en charge, devant s'adapter aux organisations territoriales, partant des notions de référent et de plan personnalisé de prise en charge. Dans le cadre d'un programme défini et validé par le médecin traitant et le référent, et faisant l'objet d'une évaluation, le patient pourrait avoir accès à des prestations comme la consultation diététique, la consultation de psychologie, l'activité physique adaptée.
- La prévention est intégrée à l'offre territoriale de prévention et de promotion de la santé. Les contrats locaux de santé (CLS), qui reposent sur une démarche de concertation des acteurs locaux, représentent l'outil à mobiliser pour développer des organisations pluriprofessionnelles et pluri-institutionnelles de prise en charge préventive de proximité (CLS conclues dans un cadre associant au minimum les ARS, les CPTS, les collectivités territoriales et l'assurance maladie).
- Le schéma décrit dans ce document a vocation à être mis en place sans phase d'expérimentation préalable ; les recommandations sont connues, les obstacles sont identifiés, il s'agit de mettre en musique de manière organisée les différents modules constitutifs d'une prise en charge intégrant pleinement la prévention, dans un objectif de qualité et de pertinence des

soins. Au demeurant, les impacts d'une telle organisation sur les résultats de santé ne pourraient être connus qu'après quelques années de suivi. Pour autant, il est envisageable de démarrer la mise à l'échelle par une montée en charge progressive par région, ce qui permettrait de réadapter les organisations au fur et à mesure du déploiement national.

Annexe



Source : HCCAM – avis prévention du 28 juin 2017





Créé par décret du 7 octobre 2003, pérennisé par la loi du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) rassemble les acteurs du système d'assurance maladie et des personnalités qualifiées, et contribue à une meilleure connaissance des enjeux, du fonctionnement et des évolutions envisageables des politiques d'assurance maladie. Les travaux du HCAAM (rapports et avis), élaborés sur la base d'un programme de travail annuel et de saisines ministérielles, sont publics et peuvent être consultés sur le site Internet de la sécurité sociale.

**Dernières publications
et actualités du HCAAM**
[www.securite-sociale.fr/
L-actualite-du-HCAAM](http://www.securite-sociale.fr/L-actualite-du-HCAAM)

Contact
hcaam@sante.gouv.fr - 01.40.56.56.00

Adresse postale HCAAM
14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07
SP

Locaux HCAAM
18 place des Cinq Martyrs du Lycée
Buffon
75696 Paris cedex 14