



**Master 2 Mention Santé publique
Parcours : Pilotage des politiques et
actions en santé publique**

Promotion : **2023-2024**

Date du Jury : **Septembre 2024**

**La place de la prévention au sein des
relations ville-hôpital : constats,
leviers et perspectives**

Inès TANGUY

Remerciements

Mes remerciements vont tout d'abord à Monsieur Philippe MARIN pour l'expertise et les conseils prodigués dans le cadre de la direction de ce mémoire, ainsi qu'à Monsieur Gaël CORON pour l'intérêt qu'il a porté à mon travail en tant que membre du jury de soutenance.

Je remercie particulièrement mon responsable d'apprentissage Monsieur Clément TRIBALLEAU, secrétaire général de la Commission Stratégie, ainsi que Madame Cécile JAGLIN-GRIMONPREZ, présidente de la Commission Stratégie et DG du CHU d'Angers, pour la confiance qui m'a été accordée, pour l'encadrement bienveillant dont j'ai bénéficié tout au long de l'année, ainsi que pour la belle opportunité qu'a représenté cet apprentissage pour façonner mon projet professionnel.

Merci à toutes les personnes rencontrées dans le cadre des différents entretiens menés, exploratoires ou semi-directifs, qui ont accepté de m'accorder un peu de leur temps et de leur expertise. Ces échanges enrichissants m'ont permis de mieux comprendre leur vision du sujet et les réalités liées à leur pratique professionnelle.

Je remercie également Madame Karine CHAUVIN pour le suivi régulier de mon travail dans le cadre des ateliers de professionnalisation, ainsi que pour ses conseils bienvenus. Merci aussi à Monsieur Arnaud CAMPEON pour l'ambiance d'écoute et de confiance qu'il a instaurée au sein du Master, offrant ainsi le meilleur cadre de travail possible.

Enfin, merci à ma famille, mes amis, et toutes les personnes qui m'ont relue, aidée et soutenue tout au long de l'élaboration de ce mémoire, pour me permettre de clôturer cette année de Master 2 aussi intense qu'enrichissante.

Sommaire

INTRODUCTION	1
MÉTHODOLOGIE	7
PREMIERE PARTIE : QUELLE PLACE POUR LES RELATIONS VILLE-HÔPITAL ET LA PRÉVENTION DANS UN SYSTEME DE SANTÉ FRANÇAIS EN PLEINE TRANSFORMATION ?	9
I- Un contexte de transformation du système de santé en France	9
A. Une évolution de l'offre et des besoins en soins	9
B. Le virage ambulatoire : un tournant pour le système de santé français.....	14
C. Des transformations structurelles menant à la construction de parcours de soins	16
II- Les liens ville-hôpital : de l'opposition vers la coopération.....	19
A. La ville et l'hôpital : deux notions traditionnellement distinctes.....	19
B. Une incitation politique à la coopération entre ville et hôpital	22
III- La prévention : quelle place dans le système de santé ?	24
A. Qu'est-ce que la prévention ?	25
B. La place croissante donnée à la prévention dans les politiques publiques.....	27
C. Une complémentarité des acteurs de la ville et de l'hôpital pour mener des actions de prévention.....	29
DEUXIEME PARTIE : CONSTATS EMPIRIQUES ET FREINS OBSERVÉS CONCERNANT L'INTÉGRATION DE LA PRÉVENTION DANS LES RELATIONS ENTRE LA VILLE ET L'HÔPITAL	31
I. Quelle vision des professionnels de la santé sur le sujet ?	31
A. Une volonté des acteurs de s'investir sur les deux thématiques, observée dans le cadre de la Commission Stratégie	31
B. Une appréhension différenciée mais convergente des acteurs de terrain sur le sujet.....	35
II. Des freins observés pour que la prévention puisse être réellement partie intégrante du lien ville-hôpital.....	41
A. Des obstacles observés dans les liens entre la ville et l'hôpital	41

B. Des obstacles observés pour favoriser la prévention	43
TROISIEME PARTIE : COMMENT FAIRE POUR QUE LA PRÉVENTION SOIT RÉELLEMENT PARTIE INTÉGRANTE DES RELATIONS VILLE-HÔPITAL ?	45
I- Quels leviers mobiliser pour valoriser et améliorer la place de la prévention dans les relations ville-hôpital ?	45
A. Mieux se connaître pour mieux se comprendre et mieux communiquer	45
B. La CPTS, un acteur incontournable représentant un levier majeur	47
C. Le rôle de l'ARS et de la CPAM pour soutenir les actions	48
D. Des initiatives dans les CHU favorisant la prévention dans les relations ville-hôpital	50
II- Des leviers à mobiliser à partir de théories à l'international	51
A. La démarche MECC : faire que chaque contact avec le système de santé compte	51
B. La Responsabilité populationnelle : du parcours de soins vers le parcours de santé	53
III. Quelles réponses aux hypothèses en fonction des constats, des leviers évoqués et des limites identifiées ?	55
A. Les limites de l'analyse	55
B. Quelles réponses aux hypothèses ?	57
CONCLUSION	61
Bibliographie	63
Liste des annexes	I
ANNEXE 1 : TABLEAU DES ENTRETIENS	II
ANNEXE 2 : GRILLE D'ENTRETIEN	III
ANNEXE 3 : SCHÉMA DES DIFFÉRENTES ÉTAPES POUR DÉVELOPPER LA DÉMARCHE DE RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE EN FRANCE	IV

Liste des sigles utilisés

AP-HM : Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille
AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
ARS : Agence Régionale de Santé
CH : Centre Hospitalier
CHR : Centre Hospitalier Régional
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLS : Contrat Local de Santé
CME : Commission Médicale d'Établissement
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination
DG : Directeur Général
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
FHF : Fédération Hospitalière de France
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
HAVISAINES : Habitudes de Vie Saines
HCL : Hospices Civils de Lyon
Loi HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IFOP : Institut français d'opinion publique
Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
IPA : Infirmier en Pratique Avancée
LMSS : Loi de Modernisation de notre Système de Santé
MECC : *Making Every Contact Count*
MSP : Maison de Santé Pluri professionnelle
NHS : National Health Service
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OMS : Organisation mondiale de la Santé
Ondam : Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PCME : Président de la Commission Médicale d'Établissement
PRS : Projet Régional de Santé
RH : Ressources Humaines
SNS : Stratégie Nationale de Santé
T2A : Tarification à l'activité
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

INTRODUCTION

Le mardi 21 mai 2024, lors de son discours d'inauguration à SANTEXPO, le salon national annuel de la santé et du médico-social à Paris, la ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités Catherine VAUTRIN s'est exprimée ainsi : « La prévention doit être notre boussole pour l'organisation des soins. À l'échelle individuelle, nous devons en faire le cœur de nos décisions et permettre au virage préventif de devenir véritablement effectif. » (Discours d'inauguration de SANTEXPO 2024). Par ces mots, la ministre a montré la volonté des pouvoirs publics de placer la prévention au centre des politiques publiques, et même plus encore, de s'en servir comme guide de l'organisation des soins en employant le mot « boussole ». Cette importance grandissante donnée à la prévention dans la santé, je l'ai observée tout au long de mon apprentissage au sein de la Commission Stratégie de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU (Centre Hospitalier Universitaire).

La Conférence des DG (Directeurs Généraux) de CHU regroupe l'ensemble des directeurs généraux des CHR (Centre Hospitalier Régional) et CHU en France. Constituée en association loi 1901, elle est actuellement présidée par Monsieur Philippe EL SAÏR, DG du CHU de Nantes, et se réunit plusieurs fois par an pour échanger sur les sujets qui font l'actualité politique et législative (Conférence des DG de CHRU, s.d.).

La Conférence exerce avant tout des missions de représentation d'intérêts (ou lobbying), puisqu'elle porte les points de vue et positions des CHR et CHU de toute la France en une seule voix auprès des pouvoirs publics législatifs et exécutifs. La Haute Autorité pour la transparence de la vie publique définit les représentants d'intérêts comme « les acteurs socio-économiques qui prennent l'initiative de contacter des responsables publics pour influencer sur une décision » (Haute autorité pour la transparence de la vie publique, s.d.). La Conférence des DG de CHU est sollicitée par les pouvoirs publics, mais elle est aussi force de proposition, et correspond donc à cette définition. Ainsi, elle est régulièrement interrogée sur des décrets en cours, et auditionnée par l'Assemblée Nationale ou le Sénat sur des propositions et projets de lois. Elle peut également décider de porter et faire avancer sur la scène publique des sujets qu'elle estime d'actualité ou incontournables, et est présente lors d'événements nationaux comme les Assises Hospitalo-Universitaires, et plus récemment SANTEXPO. La Conférence permet également de créer ou consolider les liens entre les établissements en favorisant les

échanges entre ses membres pour construire un travail en réseau inter-CHU sur le territoire français, dans l'Hexagone comme en Outre-Mer.

Des Conférences entre concurrence et coopération

Les hôpitaux sont gouvernés par plusieurs instances et acteurs. Sur le volet soignant, une Commission Médicale d'Établissement (CME) se réunit plusieurs fois par an, avec des médecins de l'établissement. Elle est présidée par le PCME, c'est-à-dire le médecin président de cette Commission. Il travaille avec le DG sur de nombreux sujets. Sur le volet administratif, l'hôpital est composé d'une équipe de direction, dirigée par un Directeur Général, à la tête de son établissement. Dans les CHU, le volet universitaire est placé sous la responsabilité du Doyen qui est à la tête de toute la formation médicale.

Tous ces acteurs se réunissent au sein de plusieurs conférences. Ainsi, comme évoqué précédemment, les DG des hôpitaux publics en France se regroupent au sein de la Conférence des DG de CHU, ou bien de la Conférence des DG de CH (Centres Hospitaliers). Mais il existe également la Conférence des présidents de CME de CHU, des présidents de CH, ainsi que la Conférence des Doyens. Ces Conférences permettent chacune de porter les intérêts et les points de vue des acteurs qu'elles représentent, notamment face aux pouvoirs publics. Elles se rencontrent très régulièrement au sein d'auditions avec les députés et les sénateurs, ou de groupes de travail. Elles sont parfois aussi amenées à travailler ensemble, notamment dans le cadre de l'organisation d'événements, comme les Assises Hospitalo-Universitaires.

Ce trio formé par le Doyen, le DG et le PCME incarne la gouvernance des hôpitaux. Pourtant, les points de vue de chacun peuvent parfois être différents, voire concurrents. Les Conférences se construisent donc sur un équilibre entre défense de leurs propres intérêts et travail en collaboration pour porter les intérêts communs des hôpitaux. La Fédération Hospitalière de France (FHF) se positionne comme un groupe d'intérêt portant les positions de l'hôpital public de manière plus globale.

Au sein de la Conférence des DG de CHU, douze commissions spécialisées, chacune sous l'égide d'un directeur général, permettent d'organiser plus spécifiquement les travaux selon les sujets. Il existe ainsi : la Commission des Affaires Financières, la Commission des Affaires Médicales, la Commission des RH (Ressources Humaines), la Commission Communication, la Commission des Relations Internationales, la

Commission Qualité – Usagers – Gestion des risques, la Commission Recherche et Innovation, la Commission des Systèmes d'Information et e-santé, la Commission Stratégie, la Commission des Affaires Juridiques, la Commission Ingénieries, Architectures, Biomédical, et enfin, le Club des directeurs des achats. Chacune de ces commissions regroupe des directeurs adjoints des différents CHU et CHR, chacun en charge de la thématique de sa commission dans son établissement.

La Commission Stratégie est chargée des questions relatives à la gouvernance interne des CHU, aux coopérations territoriales et GHT (Groupements Hospitaliers de Territoire), aux réformes d'autorisations, à l'organisation et au cadre réglementaire des activités de soins, aux relations avec les ARS (Agences Régionales de Santé) et avec la ville, et à la planification de l'offre de soins sur les territoires. En pratique, le rôle de cette commission est de prévoir les éléments de doctrine, de représenter la Conférence des DG de CHU dans les groupes de travail nationaux et les auditions, de valoriser les réalisations et expériences innovantes dans les CHU, et de trouver un consensus pour porter les intérêts des CHU. Présidée par Madame Cécile JAGLIN-GRIMONPREZ, DG du CHU d'Angers, et vice-présidée par Madame Floriane RIVIERE, DG du CHU de Tours, elle se réunit quatre fois par an en assemblée plénière pour dresser un état des lieux des travaux en cours. Ces réunions sont pilotées par Monsieur Clément TRIBALLEAU, secrétaire général de la Commission Stratégie et directeur adjoint chargé du GHT de Maine-et-Loire, des coopérations et des parcours au CHU d'Angers, qui organise également les travaux de la Commission. Pour préparer ces plénières et travaux et mettre en lien ses membres, un poste d'apprenti a été créé en 2022, encadré par Monsieur TRIBALLEAU et basé à Angers.

J'ai donc rejoint la Commission Stratégie en tant qu'apprentie en octobre 2023. Tout au long de cet apprentissage, plusieurs missions m'ont été confiées. J'ai ainsi préparé les séances plénières et rédigé des courriers, articles, dossiers, et les différents documents de secrétariat nécessaires aux réunions préparatoires on en compte-rendu. J'ai également été amenée à préparer et assister à certaines auditions parlementaires ou institutionnelles, à organiser ou prendre part à des groupes de travail sur certains sujets, à mener des enquêtes auprès des membres de la Commission, mais aussi à participer à l'organisation de conférences, tables rondes et événements divers, notamment à l'occasion des Assises Hospitalo-Universitaires de décembre 2024, et de SANTEXPO en mai 2024.

Dans le cadre de mon apprentissage j'ai pu constater dans un premier temps que deux sujets étaient particulièrement d'actualité et mis en avant par les CHU : le lien ville-

hôpital et la prévention, notamment dans le secteur sanitaire. J'ai été amenée à travailler sur ces deux thèmes de manière très régulière tout au long de l'année, en prenant part chaque mois aux groupes de travail de la FHF (Fédération Hospitalière de France) concernant la prévention, en participant à organiser la table ronde de la Commission Stratégie lors de SANTEXPO sur le même sujet, en assistant aux réunions de membres de la Commission qui partageaient leur expériences sur les relations ville-hôpital, ainsi qu'en rédigeant un dossier de communication sur le sujet. À travers ces différentes missions, j'ai ensuite pu faire un deuxième constat : celui du lien étroit existant entre ces deux notions : de nombreuses actions de prévention évoquées ou mises en place lors de ces travaux mettent en lien ville et hôpital, et de nombreuses actions pour favoriser les liens ville-hôpital passent également par la prévention.

Mais alors, quels liens existent-ils effectivement entre prévention et relations ville-hôpital ? Le système de santé est construit de manière cloisonnée : le curatif face au préventif, la ville face à l'hôpital. Pourtant, cette dualité implique aussi une complémentarité, voire une interdépendance. En effet, la ville prodigue les soins primaires dans une logique de premier recours, et organise l'amont et l'aval de l'hospitalisation, tandis que l'hôpital se positionne en deuxième ou troisième recours. Or, les patients peuvent entrer en contact avec différents types de professionnels des deux pôles, incitant ceux-ci à coopérer dans une logique de parcours. La prévention, quant à elle, existe en tant que telle pour éviter la survenue d'une pathologie, mais elle s'exprime aussi dans le contexte des soins curatifs pour ralentir une pathologie ou un problème de santé déjà installé, et en limiter les effets.

Ces réflexions, associées aux deux constats de terrain initiaux, amènent à se poser la question suivante :

En quoi la prévention est-elle partie intégrante du lien ville-hôpital ?

Pour répondre à cette problématique, quatre hypothèses ont pu être formulées à partir des recherches préliminaires, du travail d'enquête et des observations de terrain, qui seront confirmées ou infirmées à la fin de ce travail de mémoire.

Hypothèse 1 : La prévention est partie intégrante du lien ville-hôpital puisqu'elle permet d'optimiser ce lien et de le rendre plus efficace en réduisant les besoins en soins, dans un

contexte de manque de ressources, grâce à une anticipation de la survenue de pathologies ou de complications.

Hypothèse 2 : la prévention est partie intégrante du lien ville-hôpital puisqu'elle oblige la ville comme l'hôpital à travailler en lien du fait de leur complémentarité sur le sujet.

Hypothèse 3 : La prévention est partie intégrante du lien ville-hôpital puisqu'elle permet de remettre le patient au cœur de son parcours en le rendant acteur de sa santé lors de ses contacts avec la ville et avec l'hôpital dans le cadre de son parcours de soins.

Hypothèse 4 : La prévention est partie intégrante du lien ville-hôpital puisqu'elle s'inscrit dans la dynamique d'évolution du parcours de soins vers le parcours de santé.

La réponse à cette problématique sera organisée en trois parties. Il sera évoqué dans un premier temps la place des relations ville-hôpital et de la prévention dans un système de santé français en pleine transformation. La deuxième partie présentera les constats empiriques et les freins observés concernant l'intégration de la prévention dans les relations entre la ville et l'hôpital. Enfin, la troisième partie abordera les leviers à mobiliser pour que la prévention soit réellement partie intégrante des relations ville-hôpital.

MÉTHODOLOGIE

Pour débiter la réflexion, il paraît important tout d'abord de cadrer les notions de ville, d'hôpital et de prévention grâce à des lectures universitaires, institutionnelles et de littérature grise. La littérature concernant la place de la prévention dans les relations ville-hôpital n'est pas encore très développée, nous nous sommes donc intéressés en premier lieu aux écrits concernant les transformations du système de santé, avant d'étudier la littérature sur le thème de la prévention. Les travaux de Maurice-Pierre PLANEL et Frédéric VARNIER autour du virage ambulatoire permettent de comprendre la transformation ambulatoire à l'hôpital, la réorganisation des soins primaires et l'approche territoriale d'organisation des soins (Planel & Varnier, 2017). Patrick HASSENTEUFEL, Michel NAIDITCH et François-Xavier SCHWEYER ont également montré un renforcement et une réorganisation des soins primaires, favorisant le développement de structures coordonnées dans un contexte de réforme du système de santé (Hassenteufel, Naiditch & Schweyer, 2020). Ces deux travaux permettent de mieux comprendre les changements, en ville comme à l'hôpital. De manière plus globale, Philippe MARIN a fait état d'un renversement du système de santé qui ne se construit plus uniquement en organisant l'offre, mais aussi et surtout en répondant aux besoins en santé, et dans une logique d'individualisation des prises en charge et parcours (Marin, 2017).

Ces réflexions ont ensuite mené à s'intéresser aux travaux menés sur la prévention : peuvent être cités notamment François ALLA et Linda CAMBON, qui s'interrogent sur la place de l'hôpital comme acteur de la promotion de la santé et de la prévention (Alla & Cambon, 2018), et conceptualisent de manière plus générale avec Frank CHAUVIN une définition de la prévention et de la promotion de la santé (Alla, Cambon & Chauvin, 2018). Jocelyn RAUDE a également travaillé sur la prévention, en caractérisant les stratégies et discours de prévention en santé publique, permettant une vision du sujet en lien avec les politiques publiques (Raude, 2013). Ces écrits permettent de mieux comprendre le contexte et le cadre dans lequel s'inscrivent les deux notions.

Ce travail de lectures académiques s'est accompagné d'une observation participante à travers les groupes de travail sur les relations ville-hôpital avec les membres de la Commission Stratégie, ainsi que d'observations ethnographiques dans le cadre du groupe de travail mensuel mené par la FHF sur la prévention, et lors de SANTEXPO 2024. Cet événement a également permis de mieux comprendre la vision des CHU sur le sujet de la prévention à l'hôpital, et de rencontrer des professionnels hospitaliers de différents CHU impliqués sur la question. La rédaction d'un dossier de communication sur les relations

ville-hôpital pour la Conférence des DG de CHU a aussi représenté une opportunité intéressante. En effet, elle a donné lieu à des échanges avec différents directeurs d'hôpitaux dans différents CHU en France, par mail ou dans le cadre d'entretiens téléphoniques, afin de récolter des exemples d'actions mises en place pour favoriser les liens ville-hôpital dans ces établissements. Cette mission a permis de mieux appréhender la vision des CHU sur le sujet. En parallèle, deux entretiens exploratoires ont été menés avec un enseignant-chercheur spécialisé sur la question des soins primaires à l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP), ainsi qu'avec la directrice en charge de la prévention et des questions ville-hôpital au CHU d'Angers, afin de mieux cerner ce thème.

Ces observations et entretiens divers ont ensuite donné lieu à sept entretiens semi-directifs avec une autre directrice d'hôpital, un médecin hospitalier, une chargée de mission au sein d'une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS), deux infirmières à domicile, une pharmacienne hospitalière et un médecin généraliste (Annexe 1). Ces entretiens ont été guidés par une grille de quinze questions, posées à chacune des personnes interrogées (Annexe 2). L'objectif de cette démarche était de comparer les réponses afin de les analyser au regard de la profession et des spécificités de chaque répondant, pour mieux comprendre les points communs et les différences de vision sur la place de la prévention dans les liens ville-hôpital, ainsi que les freins et leviers. Toutes les personnes interrogées ont été anonymisées.

Il est à noter que « la ville » désignera ici les professionnels dispensant des soins de premier recours sans intégrer le secteur médico-social et social pour des raisons pratiques. En effet, ces deux secteurs n'ont pas fait l'objet d'observations professionnelles, et leur étude aurait été tout aussi large. De plus, ils sont rarement inclus dans les définitions institutionnelles, même s'ils sont le plus souvent rattachés à « la ville » dans la pratique. Quant à la notion d' « hôpital », elle désignera uniquement les établissements publics de santé, pour des raisons également de terrain, mais aussi parce que c'est ainsi qu'elle est définie dans les textes, même si les cliniques privées sont également intégrées dans ce terme dans les faits.

Ces différents outils ont permis l'analyse restituée ci-dessous.

PREMIERE PARTIE : QUELLE PLACE POUR LES RELATIONS VILLE-HÔPITAL ET LA PRÉVENTION DANS UN SYSTEME DE SANTÉ FRANÇAIS EN PLEINE TRANSFORMATION ?

Pour comprendre comment la prévention s'inscrit dans le cadre des relations ville-hôpital, il apparaît en premier lieu nécessaire de présenter le contexte de transformation du système de santé ayant mené à une intensification des liens ville-hôpital, et à une place de plus en plus importante donnée à la prévention.

I- Un contexte de transformation du système de santé en France

Les nombreuses transformations du système de santé concernant l'offre de soins, les besoins en soins, mais aussi le virage ambulatoire, le changement de vision stratégique du système et la réorganisation des soins primaires ont mené à la construction de parcours de soins.

A. Une évolution de l'offre et des besoins en soins

Les besoins en soins ainsi que l'offre de soins se sont transformés progressivement depuis les années 2000, et ce pour différentes raisons.

1) Une transformation des besoins en santé

Le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques ainsi que l'évolution des attentes vis-à-vis du système de santé avec un recours plus important aux soins sont les trois facteurs qui expliquent la redéfinition de la demande en santé.

a) Une population française vieillissante

Tout d'abord, la population française, tout comme ses voisins européens et internationaux, vieillit. En effet, l'amélioration des conditions de vie et les progrès considérables de la médecine ont permis un allongement important de l'espérance de vie. Ainsi, selon l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques), l'espérance de vie à la naissance des femmes en 1947 était de 66.71 années, tandis qu'elle s'élevait en 2017 à 85.28 années. Pour les hommes, ce chiffre a évolué de 61.16 à 79.45 années pour les mêmes périodes (Papon, 2019). Les Françaises et les Français vivent donc plus longtemps.

Le taux de natalité, quant à lui, a eu tendance à diminuer ces dernières années puisqu'il s'élevait à 11 naissances vivantes pour 1000 habitants en 2019, contre 13.4 en 1990 et même 20.6 en 1950 (Insee, 2020). Ces éléments ont un impact sur la répartition des groupes d'âges dans la population. Ainsi, les plus de 75 ans représentaient 6.8% du total des Français en 1990, contre 9.4% en 2019. Et cette tendance promet encore de s'accroître ces prochaines années puisque la part des plus de 60 ans augmente aussi, passant de 19% de la population en 1990 à 26.4% en 2019 (Insee, 2019). Or, le vieillissement s'accompagne d'une perte d'autonomie, d'un risque de polyopathologies accru et d'une vulnérabilité plus importante aux syndromes gériatriques, c'est-à-dire des problèmes de santé particulièrement liés à la vieillesse (OMS, 2022). Les besoins en soins de cette part de la population sont donc très importants, ce qui explique cette augmentation massive de la demande globale en soins depuis quelques années, qui promet de s'accroître davantage pour les raisons démographiques citées précédemment.

b) Une augmentation importante des maladies chroniques au sein de la population

Ensuite, l'augmentation des maladies chroniques au sein de la population explique également l'augmentation de la demande en soins. L'OMS (Organisation mondiale de la Santé) définit les maladies chroniques, ou maladies non transmissibles, comme des maladies qui « ont tendance à être de longue durée et sont le résultat d'une combinaison de facteurs génétiques, physiologiques, environnementaux et comportementaux » (OMS, 2023). Ces maladies ne sont pour la plupart pas nouvelles, mais le nombre de malades a beaucoup augmenté du fait des changements d'environnement, de l'urbanisation, de la pollution croissante, de mauvaises habitudes de vie, notamment en termes d'alimentation et d'activité physique, et bien sûr du vieillissement de la population (OMS, 2023). Les inégalités socio-économiques et territoriales peuvent également venir accentuer l'apparition de maladies chroniques chez les populations les plus précaires.

Or, les maladies chroniques étant, par définition, des maladies de long terme impliquant une prise en charge complexe et diffuse, l'augmentation de ces maladies entraîne nécessairement une augmentation des besoins en santé de la part de la population. L'OMS estime d'ailleurs qu'elles « seront la cause de 70% du nombre total de décès en 2030 » dans le monde (Al-Maskari, s.d.). Elles peuvent aussi être cumulées, menant à des situations poly pathologiques. Ces éléments prouvent donc que les maladies chroniques ont transformé et vont transformer encore les besoins en santé dans les années à venir.

c) Une évolution des attentes de la population vis-à-vis du système de santé

La troisième raison expliquant l'augmentation des besoins en santé concerne l'évolution de la demande en soins pour des raisons plus culturelles. En effet, les attentes de la population ne sont plus les mêmes. La génération des *baby-boomers* souhaite être acteur de sa santé en y participant activement (Degremont, Kuhn-Lafont, Johnson Le Loher & Saranga, 2023), entraînant donc un recours aux soins plus important et une plus grande attention portée au système de santé et aux soins, ce qui a des conséquences sur la forme prise par la demande de soins de la population.

L'autre facteur influent sur cette demande concerne la volonté de la population de vieillir chez soi et/ou mourir chez soi. En effet, selon un sondage de l'IFOP (Institut français d'opinion publique), 85% des Français interrogés ont fait part de leur souhait de vieillir à domicile (Merceron, 2019). Cette redéfinition de la demande en soins a donc des conséquences majeures sur le système de santé, menant nécessairement à son évolution.

2) Une transformation de l'offre de soins

L'offre de soins a également connu de nombreuses évolutions structurelles, culturelles et conjoncturelles.

a) Des ressources humaines, matérielles et financières en tension

De manière globale, le système de santé fait face à des pénuries de personnel, notamment paramédical et médical, du fait de l'augmentation des besoins, mais aussi des départs en retraite non remplacés, du manque d'attractivité de certains métiers et des capacités de formation limitées. Ces tensions en ressources humaines amènent à une dégradation des conditions de travail des professionnels, aggravant encore la situation dans une logique de cercle vicieux. Ils sont en effet plus exposés aux risques de d'une altération de la santé au travail, notamment à l'épuisement professionnel. Ces éléments ont aussi des conséquences négatives sur l'attractivité auprès des nouveaux professionnels.

Le système de santé fait également face à des tensions financières importantes pour différentes raisons. Premièrement, les progrès considérables de la médecine ont entraîné des technologies, soins et traitements de pointe de plus en plus coûteux, alors même qu'ils sont indispensables pour soigner de nombreuses pathologies ou répondre à certaines situations. De plus, le diagnostic plus rapide de certaines pathologies, comme les cancers, implique une prise en charge et des traitements plus longs, et donc une augmentation des dépenses de santé (Tenand, 2014). De manière générale, le progrès

technique « expliquerait entre 25 et 75% de l'augmentation des dépenses de santé des cinquante dernières années » (Tenand, 2014), une donnée assez surprenante puisque le progrès technique est souvent considéré en économie comme un facteur de réduction des coûts. Deuxièmement, la Sécurité Sociale est actuellement en situation de déficit. Ainsi, le solde de ses comptes en 2023 s'est établi à -10.8 milliards d'euros, et la branche maladie avait même un solde de -11.1 milliards d'euros (Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, 2024a). Ce déficit augmente d'année en année, notamment par les situations de crises conjoncturelles et structurelles rencontrées. À cela s'ajoutent les difficultés financières auxquelles font face certains établissements très endettés, dont la situation s'est souvent aggravée suite à la pandémie de 2020.

Enfin, le système de santé est aussi confronté au manque de moyens matériels, pour des raisons diverses. Cette pénurie a été mise en valeur notamment lors de la Crise Covid en 2020, où le manque de masques, de lits, dont les lits de réanimation, et de matériel de manière générale ont eu d'importantes conséquences sur la prise en charge des patients (Abord de Chatillon, Chakor & Commeiras, 2022).

b) Une pénurie de médecins liée à différents facteurs

Plus spécifiquement, le système de santé fait face à une pénurie croissante de médecins, et ce dans toutes les spécialités, notamment en médecine générale. Cette situation s'explique par différents facteurs. Tout d'abord, l'instauration d'un *numerus clausus* en 1971, devenu de plus en plus restrictif jusque dans les années 1990, explique les tensions actuelles de démographie médicale. En effet, le début des années 1970 a été marqué par deux chocs pétroliers, ayant entraîné le début d'une crise économique qui a mis à l'agenda politique les problématiques de coûts liés à la santé. Pour les réguler, il a alors été décidé de limiter le nombre d'étudiants par l'instauration d'un concours, dont le nombre de places a fortement diminué, jusqu'à atteindre son seuil le plus bas dans les années 1990 (Déplade, 2009). Malgré les politiques récentes d'augmentation du nombre de places, les nouvelles générations de médecins ne permettent pas encore de remplacer les anciennes qui prennent progressivement leur retraite. De plus, le vieillissement de la population, en plus d'augmenter les besoins en soins, a également une incidence sur la démographie médicale puisque la population des médecins vieillit ~~elle-même aussi~~ également et n'est pas renouvelée (Le Monde, 2022).

Une autre raison concerne les études de médecine en tant que telles. En effet, le temps de formation implique un long délai entre les décisions politiques de modification du format de ces études et leurs conséquences. Ainsi, la suppression du *numerus clausus* au profit d'un *numerus apertus* moins restrictif en 2020 ne pourra produire ses

effets qu'une dizaine d'années plus tard, à minima, le temps que les premiers étudiants terminent leur formation. De plus, augmenter le nombre d'étudiants n'est pas toujours possible du fait des capacités de formation et d'accueil matérielles et humaines restreintes des universités.

La troisième raison expliquant ces problématiques de démographie médicale concerne l'évolution du rapport au travail des nouvelles générations (Hassenteufel, Naiditch & Schweyer, 2020). En effet, les jeunes médecins accordent une attention particulière à conserver un équilibre entre leur vie professionnelle et personnelle, et leur temps de travail est donc moins important. Ainsi, les médecins généralistes, par exemple, de plus de 59 ans travaillent en moyenne 53 heures par semaine selon la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques). Ce chiffre atteint même 55 heures pour les 50-59 ans. Les professionnels de moins de 50 ans, quant à eux, exercent en moyenne 49 heures par semaine, et même 46 heures pour les femmes de moins de 50 ans (Chaput, Fressard, Monziols, Ventelou, Verger & Zaytseva, 2019). Sur cet aspect, les femmes travaillent en moyenne quelques heures de moins que leurs confrères masculins, or, la profession se féminise, menant à un écart d'autant plus grand concernant le temps de travail comparé aux générations précédentes. Cette tendance s'accompagne d'une évolution sociétale globale du rapport au travail.

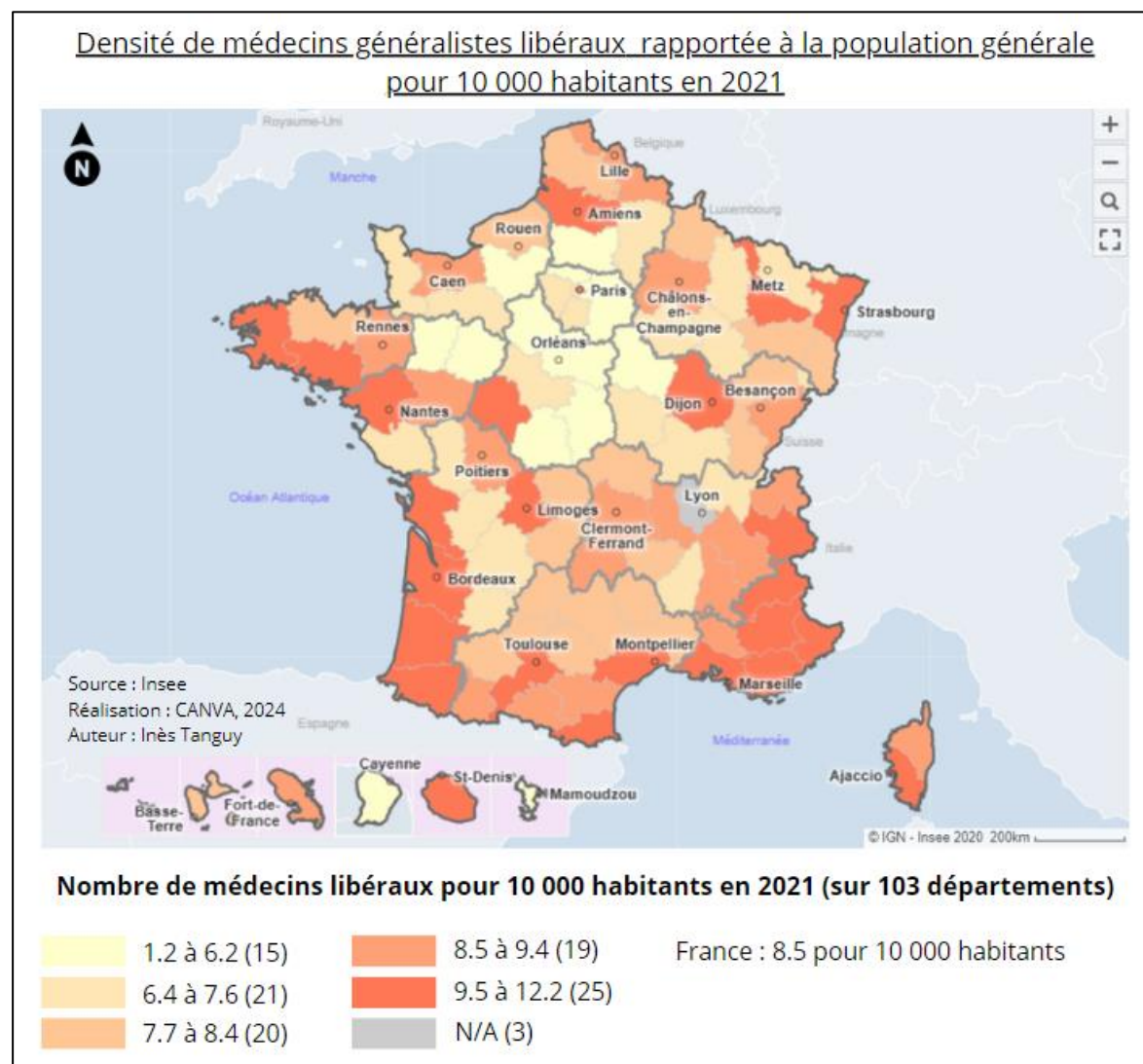
Ainsi, en prenant le cas des médecins généralistes, une profession particulièrement touchée par ces phénomènes, la France comptait 161 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2012, contre 147 aujourd'hui (Insee, 2023), un chiffre qui illustre bien les propos précédents.

c) La question de l'attractivité des territoires, facteur principal des déserts médicaux

Les différences d'attractivité des territoires expliquent également les tensions concernant l'offre de soins dans certaines zones. En effet, les territoires ne sont pas égaux en termes de cadre de vie, de services publics, ou encore de loisirs. Les grandes villes et les côtes, notamment les côtes Atlantique et méditerranéenne, sont bien plus attractives, tandis que certaines zones plus rurales ou isolées subissent un solde migratoire négatif qui affecte la démographie des habitants, mais aussi des professionnels de santé, sans réussir à en attirer de nouveaux (Le Monde, 2022). L'absence de régulation des médecins sur les territoires a également des conséquences de ce point de vue. Ces éléments mènent alors à la création ou à l'aggravation des « déserts médicaux », c'est-à-dire une zone où l'accès à un médecin est difficile pour la population, du fait d'un éloignement géographique impliquant une longue distance à parcourir pour consulter, ou

du nombre trop important de patients par médecin qui ne lui permet pas d'en accepter de nouveaux ou d'accorder assez de temps à chaque patient (Vie Publique, 2022).

De plus, les professionnels libéraux, notamment médicaux, ne souhaitent plus exercer de manière isolée, préférant travailler en équipe pour échanger entre eux et pour diminuer les coûts financiers, matériels et organisationnels liés à une installation. Le nombre de structures d'exercices coordonnées augmente donc, ce qui représente un argument d'attractivité pour les zones les plus critiques, mais qui peut aussi mener à un regroupement des ressources humaines médicales, au détriment de ces zones.



B. Le virage ambulatoire : un tournant pour le système de santé français

L'évolution de l'offre et des besoins en soins a mené à une transformation du système de santé par le virage ambulatoire. Ce concept a amorcé la fin du système centré sur

l'hôpital et la réorganisation des soins primaires, entraînant ainsi une intensification des relations entre les acteurs.

1) Le virage ambulatoire : définition et implications

a) Qu'appelle-t-on « virage ambulatoire » ?

De nombreux travaux existent sur cette notion, permettant d'en donner une définition la plus complète possible, prenant en compte tous les enjeux qui y sont liés. Ainsi, le virage ambulatoire désigne « le transfert des soins dispensés à l'hôpital vers la médecine de ville, mais aussi le transfert d'activités intra hospitalières conventionnelles vers le secteur ambulatoire hospitalier (unités de chirurgie ambulatoire, hôpital de jour, consultations) » (Bontemps, 2022). Il incarne donc l'idée d'un transfert de compétences pour recentrer l'hôpital sur son activité de soins techniques, réduisant alors les durées de séjour dans ces établissements, et impliquant une réorganisation de l'offre de soins primaires pour répondre à cette situation (Planel & Varnier, 2017). C'est « un rééquilibrage entre soins ambulatoires et hospitaliers » (Hassenteufel, Naiditch & Schweyer, 2020). Ce virage ambulatoire peut concerner la chirurgie ambulatoire, mais aussi la médecine ambulatoire.

b) Un concept qui incite à la mise en relation de tous les acteurs

Diminuer l'activité hospitalière et réorganiser les soins primaires implique nécessairement de favoriser les liens entre les acteurs. En effet, le virage ambulatoire ne peut être pleinement effectif que s'il s'accompagne d'une organisation coordonnée : la baisse de la durée de séjour dans les hôpitaux doit être associée à un accompagnement adapté en amont et en aval pour s'assurer que le patient ne soit pas défavorisé par cette évolution. Dès lors, le virage ambulatoire implique nécessairement de faire travailler ensemble la ville, l'hôpital, le sanitaire, le médico-social, le social, et même le public et le privé.

2) Une volonté politique de favoriser le virage ambulatoire

Depuis le début des années 2000, les pouvoirs publics ont la volonté de favoriser et encourager le virage ambulatoire. Cette idée s'observe par les nombreuses politiques de transformation et de renforcement du premier recours et de réorganisation des soins primaires, ainsi que par différentes législations. Trois grandes étapes ont marqué cet encouragement politique à l'ambulatoire.

Tout d'abord, l'avènement de la tarification à l'activité (T2A) mise en place à partir de 2004 a amorcé ce changement politique. Elle représente un changement majeur puisqu'elle transforme le mode de financement des hôpitaux, d'une logique de

financement global vers une logique de tarification en fonction de chaque acte de soins. Or, les tarifs concernant les activités de chirurgie ambulatoire étaient moins élevés que ceux des hospitalisations complètes. Cette décision a donc largement incité les établissements à développer la chirurgie ambulatoire dans une logique de réduction des coûts. Même si cette différence de tarifs a disparu quelques années plus tard, elle est représentative d'une incitation politique au virage ambulatoire (Bontemps, 2022).

Ensuite, la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) a également marqué cet encouragement vers l'ambulatoire. Ainsi, elle a rendu possible les coopérations entre professionnels de santé, une étape importante dans la réorganisation des soins primaires (Cour des Comptes, 2018). Elle a également défini les fonctions du médecin généraliste et prévoit plus largement une planification de la santé et une organisation des soins par la création des ARS (Marin, 2020) (LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires).

Enfin, la Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) de 2016 a aussi encouragé le virage ambulatoire puisqu'elle a mis en place la logique de parcours de santé, et orienté le système de santé sur les soins de proximité (Marin, 2020). Elle prévoit une permanence des soins ambulatoires structurée, donne une place centrale au premier recours, et porte en elle une logique d'individualisation des prises en charge en lien avec cette notion de parcours (LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé). La LMSS a également structuré la prise en compte des usagers en reconnaissant l'existence de droits individuels du patient et d'une représentation des usagers possible, dans une logique de démocratie sanitaire (Marin, 2017).

Il est d'ailleurs à noter que la notion de virage ambulatoire représente l'un des objectifs principaux de la Stratégie Nationale de Santé (SNS) 2018-2022 et de Ma Santé 2022, preuves supplémentaires de son importance dans les politiques publiques actuelles (Bontemps, 2022).

C. Des transformations structurelles menant à la construction de parcours de soins

Ces tensions concernant la demande et l'offre de soins et le virage ambulatoire impliquent donc de repenser le système vers une logique de parcours, pour construire un suivi de long terme qui ne se retreint plus seulement à une prise en charge ponctuelle, et incite tous les acteurs à travailler ensemble, en ville comme à l'hôpital.

1) Qu'est-ce qu'un parcours de soins ?

Le parcours de soins est une notion très large qu'il convient de définir et d'encadrer pour en comprendre tous les enjeux. En France, la notion de parcours de soins apparaît formalisée pour la première fois dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Elle implique de fédérer tous les acteurs que le patient rencontre, de toutes les professions et dans toutes les structures d'exercices pour éviter les ruptures de prise en charge et permettre ainsi une prise en charge globale, pour améliorer la performance du système de santé (Cargnello-Charles & Franchistéguy-Couloume, 2019). En d'autres termes, « les parcours mobilisent une coopération nécessaire entre les établissements et les professionnels de santé, associée à une intervention coordonnée et concertée de tous les acteurs qui gravitent autour du patient » (Cargnello-Charles & Franchistéguy-Couloume, 2019). Maurice-Pierre PLANEL et Frédéric VARNIER en donnent une définition plus précise : pour eux, les parcours de santé sont « des actions visant par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la sécurité, la qualité, et l'efficience de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire afin de concourir à l'équité territoriale » (Planel & Varnier, 2017). Tous les mots clés sont ici réunis pour englober tous les enjeux liés à cette notion. Le parcours de soins est aujourd'hui inscrit dans la Stratégie Nationale de Santé, preuve de l'importance qui lui est donnée au niveau politique et à l'échelle nationale.

2) Quelles conséquences de l'évolution de l'offre et des besoins en soins sur le système de santé ?

a) Une évolution des besoins en santé et de l'offre de soins obligeant à penser une prise en charge sous forme de parcours

Comme évoqué précédemment, la population française vieillit, et le nombre de malades chroniques augmente, parfois poly pathologiques. Cette situation implique nécessairement des contacts réguliers avec tous les acteurs de la santé, du social et du médico-social. Pour comprendre cette idée, prenons le cas fictif de Madame A. Madame A a 86 ans, et elle est atteinte d'une maladie de Parkinson. Elle consulte régulièrement son médecin généraliste ainsi que différents spécialistes concernant sa pathologie. Suite à une chute à domicile, un événement courant chez les personnes âgées, elle est hospitalisée plusieurs semaines. À son retour chez elle, elle a considérablement perdu en autonomie du fait de ses blessures et de son séjour à l'hôpital qui l'a beaucoup stressée, aggravant l'évolution de sa maladie. Une infirmière à domicile se présente alors tous les jours chez elle pour administrer les soins suite aux blessures liées à sa chute, et une aide

à domicile l'assiste quotidiennement pour la préparation de ses repas ainsi que pour les gestes de la vie quotidienne. Une entrée en EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) est cependant envisagée car ces aides ne suffisent pas et Madame A n'a pas de proches aidants. Cette situation, fictive mais courante, montre bien comment une seule personne peut être en contact avec des professionnels de différents métiers, du secteur sanitaire comme du médico-social et du social, et en ville comme à l'hôpital. Ici, ces mises en relation sont nécessaires du fait de l'âge de la personne et d'une maladie chronique. La nécessité de construire un parcours de soins du fait de ces deux évolutions sociétales apparaît donc clairement dans cet exemple.

Ensuite, l'évolution de l'offre de soins évoquée précédemment oblige également à une meilleure coordination entre tous les acteurs pour compenser le manque de ressources humaines, matérielles et financières, par une organisation plus efficiente, coordonnée et regroupée, afin de prévoir les parcours de soins programmés, mais aussi non programmés. En effet, une réorganisation de l'offre peut aussi permettre de répondre dans une certaine mesure aux crises des Urgences hospitalières et aux tensions diverses. Le parcours de soins se construit donc également selon les ressources disponibles.

b) Une transformation globale du système de santé vers une logique de parcours de soins

Enfin, cette évolution a également mené à une transformation du système de santé dans ses fondements. En effet, les politiques publiques de santé se sont longtemps construites autour d'une organisation de l'offre, utilisant la notion de territoire de manière uniquement fonctionnelle. Du fait de ces évolutions de l'offre et de la demande en soins, et depuis la loi HPST, la finalité même du système a évolué, d'une logique d'organisation globale par l'offre à une logique de réponse à des besoins. Le rôle du premier recours a été clairement défini pour structurer cette réponse, et la LMSS de 2016 est venue confirmer cette tendance grâce à la consécration d'une territorialisation des politiques de santé (Marin, 2017).

Le système de santé connaît donc des transformations profondes du fait de l'évolution de l'offre de soins et des besoins en soins, et en lien avec le concept de virage ambulatoire, encouragé ces dernières années par les pouvoirs publics. Ces transformations mènent alors à la construction de parcours de soins, qui mettent en relation tous les acteurs intervenant auprès du patient, en ville comme à l'hôpital. Mais ce lien entre ces deux pôles n'a pas toujours été évident, il convient donc de l'étudier pour en comprendre les fondements et l'évolution.

II- Les liens ville-hôpital : de l'opposition vers la coopération

La ville et l'hôpital représentent deux notions distinctes avec des caractéristiques différentes, et qui sont souvent opposées l'une à l'autre. Pourtant, les évolutions du système de santé présentées précédemment les ont incitées à instaurer puis intensifier leurs relations. Cette mise en relation a même été encouragée par les pouvoirs publics par des politiques publiques de mise en réseau et de territorialisation.

A. La ville et l'hôpital : deux notions traditionnellement distinctes

La ville et l'hôpital ont des caractéristiques différentes, et leurs relations sont souvent complexes. Pour comprendre ces éléments, il convient dans un premier temps de définir et cadrer les deux notions pour comprendre ce qui sera entendu derrière ces termes, avant d'étudier les éléments qui caractérisent et opposent la ville et l'hôpital.

1) Qu'est-ce que « la ville » ? Qu'est-ce que « l'hôpital » ?

a) Qu'entend-on par « ville » ?

Le mot « ville » dans le langage courant désigne un espace géographique urbanisé regroupant un certain nombre d'habitants, par opposition à la campagne. Cette définition est cependant trop restrictive dans le domaine qui nous intéresse. En effet, en santé, la ville désigne toute activité de soins qui ne s'inscrit pas dans le cadre d'une hospitalisation ou d'un hébergement médico-social, et qui peut donc s'exercer en zone urbaine comme en zone rurale. Cette définition est très large, et englobe à la fois le secteur sanitaire, social et médico-social. Le choix a cependant été fait dans le cadre de ce travail de prendre en compte uniquement les professionnels de premier recours en tant que « la ville ». En effet, ils représentent des interlocuteurs privilégiés des hôpitaux, et sont considérés comme les acteurs principaux dans les définitions institutionnelles. Ainsi, l'Insee donne la définition suivante des soins de ville : « Les soins ambulatoires (ou soins de ville) sont les soins effectués en cabinet de ville, dispensaires, centres de soins, lors de consultations externes d'hôpitaux publics ou privés, en cures thermales et les actes d'analyse en laboratoire. Ils sont dispensés par les médecins, dentistes et auxiliaires médicaux [...] au titre de leur activité libérale. » (Insee, 2021). Dans la pratique, le secteur médico-social et social est aussi considéré comme « la ville », mais ce champ d'étude ne sera pas traité, puisqu'il nécessiterait à lui seul presque autant de recherches et d'analyses.

b) Qu'entend-on par « hôpital » ?

La définition courante du terme « hôpital » se rapproche plus du sens qui lui est donné dans le domaine de la santé. En effet, un dictionnaire commun comme *Le Robert* le désigne comme un « établissement public qui reçoit ou traite les malades, les blessés et les femmes en couches » (Le Robert, s.d.). De manière plus institutionnelle, l'hôpital est considéré comme un établissement de santé, en association avec la clinique, qui se définit par des missions établies dans le code de la santé publique, et dispensant trois types de soins : les soins de courte durée, les soins de suite et de réadaptation, et les soins de longue durée (Vie Publique, 2023). Selon cette définition, l'hôpital englobe plutôt les établissements de santé publics, c'est pourquoi il sera fait uniquement mention du volet public ici. Les établissements privés ont également leurs propres enjeux en lien avec la ville.

Le terme « hôpital » peut donc désigner les CHR (Centres Hospitaliers Régionaux), les CHU (Centres Hospitaliers universitaires), les CH (Centres Hospitaliers), mais aussi les hôpitaux de proximité qui sont à la croisée des secteurs sanitaire, social et médico-social.

2) Un fonctionnement « en silos »

Ces deux notions peuvent apparaître opposées, puisqu'elles comportent de nombreuses différences qu'il est nécessaire de comprendre pour bien appréhender leurs relations.

a) Deux modes d'organisation différents

Tout d'abord, la ville et l'hôpital sont organisés de manière différente. En effet, les professionnels de ville peuvent être libéraux ou parfois salariés, et exercer de manière individuelle dans un cabinet, ou coordonnée (ARS, 2023). Les professionnels de l'hôpital sont majoritairement salariés et exercent au sein d'un établissement de santé.

Ensuite, la ville et l'hôpital ne sont pas financés de la même manière. En effet, le ministère alloue les financements à l'hôpital par des tarifs flottants, qui sont contrôlés de manière stricte. L'hôpital est ainsi majoritairement financé par la T2A sur la base d'une tarification à l'activité. La ville, quant à elle, dépend d'un paiement à l'acte puisqu'elle est remboursée après la consultation sur la base de tarifs fixes (Dormont, 2020). Les deux budgets sont liés à un Ondam (Objectif national des dépenses d'assurance maladie) de ville et un Ondam hospitalier séparés.

Enfin, les modes de gouvernance de la ville et de l'hôpital sont également différents. En effet, tandis que l'hôpital est piloté par l'Etat et relève d'une tutelle forte des pouvoirs

publics et par extension des ARS, la médecine de ville relève d'une gouvernance plus souple, pilotée par l'Assurance maladie, et fonctionnant plutôt sur un modèle plus libéral de volontariat et de contractualisation : les professionnels signent des conventions avec l'Assurance maladie. Il est à noter cependant que l'Etat intervient de plus en plus dans l'organisation des soins de ville (Planel & Varnier, 2017), mais cette intervention s'inscrit encore dans une logique de cloisonnement, avec des politiques à destination de la ville, et des politiques à destination de l'hôpital.

b) Deux types d'intervention différents

Concernant leurs missions, l'hôpital et la ville n'interviennent pas de la même manière. La ville prodigue les soins primaires, de premier recours, au plus près des patients et des territoires. Elle représente le premier contact avec le système de santé. L'hôpital, quant à lui, se positionne plutôt en deuxième ou troisième recours et pour offrir une expertise technique, c'est-à-dire qu'il intervient quand la ville ne peut plus le faire. Dans les faits, il est cependant connu que l'hôpital, notamment par ses services d'Urgences, représente parfois également un premier contact avec le système de santé.

3) Un système de santé français longtemps organisé autour de l'hôpital

Le système de santé s'est traditionnellement construit autour de l'hôpital, dont le rôle a beaucoup évolué, et ce particulièrement au cours du XXe siècle. Aujourd'hui encore, l'hôpital occupe une place importante dans le système français.

a) Un isolement historique de l'hôpital sur son territoire

L'hôpital est historiquement un acteur isolé sur son territoire. En effet, il était considéré comme un lieu d'enfermement durant la période médiévale, et s'est entouré de murs à partir du XVIe siècle pour se protéger des épidémies et des attaques. La fin du XIXe et le début du XXe siècle ont vu les progrès importants de la médecine recentrer l'hôpital sur les soins techniques plutôt que sur une ouverture au territoire, notamment du fait des deux Guerres Mondiales qui ont entraîné des évolutions techniques et soignantes considérables. Enfin, le contexte post-Seconde Guerre Mondiale de centralisation des politiques publiques et de diffusion de la santé n'a pas non plus incité à prendre en compte les dynamiques territoriales. En effet, les inégalités de santé et les spécificités des territoires n'étaient pas à l'agenda politique, puisque la vision d'un pays indivisible et unifié a dominé durant la seconde moitié du XXe siècle (Vigneron, 2017).

De plus, d'un point de vue économique, le financement par la T2A incite à la concurrence entre établissements puisque la tarification dépend des situations des

établissements et est réévaluée régulièrement. Les établissements ne sont donc pas encouragés à la coopération entre eux mais plutôt à l'isolement au sein de leur territoire.

b) Des politiques publiques françaises centrées sur l'hôpital

Le système de santé français s'est construit pendant des années autour de l'hôpital. Deux étapes marquent l'organisation de l'hôpital tel qu'il est aujourd'hui : la réforme Debré de 1958 et la loi portant réforme hospitalière de 1970. Ces deux moments ont montré que, durant toute la seconde partie du XXe siècle, les politiques de santé étaient surtout des politiques hospitalières.

La réforme Debré a créé les CHU et CHR, donnant aux plus grandes structures les missions de soins, d'enseignement et de recherche qui les caractérisent encore aujourd'hui. En structurant l'offre de soins hospitalière, elle a aussi montré l'importance accordée aux CHU et organisé l'offre de soins autour de l'hôpital (Marin, 2020). La loi Boulin portant réforme hospitalière de 1970, quant à elle, a mis en valeur l'idée d'une planification étatique de l'offre de soins par l'hôpital. Elle a prévu une carte sanitaire avec une réelle organisation des soins, qui était surtout tournée vers l'hôpital, tandis que la médecine libérale ne faisait pas l'objet d'une planification (Marin, 2020). Elle a aussi créé le principe d'autorisations d'activité pour les établissements de santé, et marqué de manière plus générale la division entre les secteurs du sanitaire et du social (Marin, 2020).

Aujourd'hui encore, la France consacre une part plus importante de ses dépenses de santé à l'hôpital, en comparaison des autres pays de l'OCDE : 3.5% de son PIB était consacré aux soins courants à l'hôpital en 2019, contre une moyenne de 2.9% pour l'Union Européenne des 15 (DREES, 2020). Cela explique donc que le lien ville-hôpital ait mis du temps à être valorisé. Les politiques publiques à destination de la ville sont cependant de plus en plus nombreuses, et les pouvoirs publics vont aujourd'hui plutôt dans le sens d'une intensification des relations ville-hôpital.

B. Une incitation politique à la coopération entre ville et hôpital

Les politiques publiques incitent depuis quelques années au regroupement des acteurs et à un travail en réseau. De nombreuses mesures ont ainsi été instaurées à destination de la ville comme de l'hôpital, le tout dans une logique de territorialisation des politiques publiques de santé.

1) Faire coopérer l'hôpital

La loi HPST de 2009 a représenté une première étape pour faire coopérer les établissements de santé depuis le début des années 2000. En effet, celle-ci a instauré la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT), première incitation étatique au regroupement des hôpitaux, au travail en réseau et à la mise en commun de moyens, mais qui n'était pas à portée obligatoire (Fulconis & Joubert, 2017). Les CHT ont représenté la première forme de coopération inter-établissements hospitaliers impulsée par les pouvoirs publics, mais cette absence d'obligation n'a pas permis à l'outil de se développer réellement. Pour intensifier le travail en réseau inter-établissements, les GHT ont donc été créés en 2016 par la LMSS. Ils représentent un dispositif conventionnel qui s'impose aux établissements. Ceux-ci doivent donc se regrouper autour d'un établissement support et coopérer dans plusieurs domaines. La portée obligatoire de ce dispositif d'incitation au regroupement a montré la volonté des pouvoirs publics de voir se développer une coopération inter-établissements, en l'encadrant par la loi.

De manière plus générale, l'État a mis en place de nombreux outils pour inciter à la coopération des établissements de santé. Peut notamment être cité le Groupement de coopération sanitaire (GCS), créé en 2009 dans le cadre de la loi HPST. Cet outil permet la mise en commun de moyens et prévoit une gouvernance et un statut juridique offrant la possibilité de recevoir des financements. Dans certains cas, il peut même devenir un établissement de santé lui-même si le niveau de coopération est très avancé (Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, 2017).

2) Faire coopérer la ville

Les pouvoirs publics incitent également à la coopération en ville par le développement des exercices pluri professionnels. Deux types de structures coordonnées se sont développées ces dernières années pour favoriser le développement des exercices pluri professionnels, du fait de politiques publiques ciblées. Ainsi, les Maisons de Santé Pluri professionnelles (MSP) ont été créées en 2009 par la loi HPST pour structurer les soins primaires et améliorer la coordination en regroupant des acteurs de santé. La deuxième structure d'exercice coordonné est le Centre de Santé.

De manière plus générale, de nombreux exercices pluri professionnels se développent et sont encouragés pour répondre aux problématiques de déserts médicaux et permettre une prise en charge plus globale.

3) La territorialisation des politiques de santé, une transformation politique favorisant le lien ville-hôpital

Les politiques publiques, et notamment les politiques publiques de santé, ont connu une territorialisation, c'est-à-dire le passage d'une administration étatique centralisée vers une logique d'action publique en réponse aux besoins territoriaux spécifiques par une connaissance des situations (Duran, 2020). Cette logique de prise en compte territoriale s'est traduite par la création des Agences Régionales de Santé en 2009, à qui il a été progressivement confié des compétences concernant les établissements de santé, mais aussi le secteur ambulatoire (Duchesne, 2018). Ces acteurs sont donc positionnés entre la ville et l'hôpital, et peuvent ainsi les mettre en lien.

De manière plus générale, la territorialisation des politiques de santé permet de construire une offre de soins à partir des besoins sur les territoires (Marin, 2017). Or, ces besoins impliquent nécessairement des acteurs de la ville comme de l'hôpital pour les raisons évoquées précédemment. Cette idée permet donc de mettre en relation la ville et l'hôpital.

Par conséquent, la ville et l'hôpital semblent représenter deux pôles hermétiques du fait de leurs différences importantes. Pourtant, ils s'inscrivent plutôt dans une logique de complémentarité du fait de ces différences, et de leur mise en relation par la territorialisation des politiques. Le système de santé se construit donc autour de ces deux pôles aux liens parfois ambigus. Mais qu'en est-il de la prévention ? Quelle place lui est-elle donnée dans le système de santé ?

III- La prévention : quelle place dans le système de santé ?

Pour comprendre les enjeux induits par la prévention dans le système de santé, il apparaît pertinent tout d'abord de cadrer la définition de ce qui est entendu par « prévention ». Il sera ensuite démontré que la prévention est un élément de plus en plus mis en avant sur la scène publique, avant d'étudier les acteurs majoritairement impliqués dans la prévention, en montrant leur complémentarité, notamment par l'angle de l'étude des relations ville-hôpital.

A. Qu'est-ce que la prévention ?

1) Qu'entend-on par « prévention » ?

Pour comprendre les implications de la prévention, il faut comprendre le sens qui lui est donné, tout d'abord en étudiant la définition qui lui est attribuée dans un dictionnaire commun. Ainsi, le *Larousse* définit la prévention de la manière suivante : « Ensemble de moyens médicaux et médico-sociaux mis en œuvre pour empêcher l'apparition, l'aggravation ou l'extension des maladies, ou leurs conséquences à long terme » (Larousse, s.d.). Cette définition reste globalement axée sur les pathologies et une vision plutôt soignante. L'OMS la considère de manière plus large puisqu'elle a défini la prévention en 1948 comme « l'ensemble de mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » (Ministère de la transformation et de la fonction publiques, 2023). Il est cependant à remarquer qu'elles s'accordent sur le fait d'attribuer à la prévention différentes dimensions à différents stades d'apparition et d'évolution des éléments à prévenir. Ici, il sera surtout évoqué la prévention concernant les pathologies.

La prévention est à différencier de la promotion de la santé. En effet, tandis que la prévention cible plutôt les facteurs de risque, la promotion de la santé porte en elle une dimension plus globale politique et sociale pour valoriser la santé en tant qu'élément prépondérant, afin d'améliorer la santé globale et permettre à la population de maîtriser sa propre santé (Alla, Cambon & Chauvin, 2018). Ces deux notions se rejoignent cependant souvent car elles sont très liées, la prévention faisant partie de la promotion de la santé.

La prévention peut s'adresser à différents types de publics. Ainsi, des actions de prévention peuvent être à destination des patients dans le cadre de soins prodigués, de leurs accompagnants et aidants pour les épauler dans l'accompagnement de leur proche ou pour leur propre santé, mais aussi à destination des professionnels de santé et de la population de manière générale, en dehors du cadre d'un parcours de soins. Cette diversité des cibles implique une diversité des types de prévention.

2) Une prévention à trois niveaux

La prévention est souvent déclinée en trois niveaux en fonction de l'objectif visé à différents stades d'apparition et d'évolution des pathologies.

a) *La prévention primaire*

La prévention primaire représente le premier niveau de prévention. Elle vise en premier lieu à « diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et réduire les risques d'apparition » (HAS, 2018), et donc à éviter la survenue d'une maladie grâce à des actions de promotion de la santé par exemple. Elle intervient pour sensibiliser et prévenir en amont, et s'adresse le plus souvent à la population de manière globale sans forcément distinguer ou séparer par groupes de populations. La vaccination est un exemple de prévention primaire particulièrement parlant (Alla, Cambon & Chauvin, 2018).

b) La prévention secondaire

La prévention secondaire vise plutôt la détection la plus précoce possible des pathologies ou problèmes de santé afin de limiter ses effets, c'est-à-dire « diminuer la prévalence d'une maladie dans une population » (HAS, 2018). Par exemple, la détection d'un cancer suffisamment tôt pour éviter qu'il ne devienne malin représente une action de prévention secondaire. Ce type de prévention peut s'adresser autant au grand public qu'aux patients, mais cible particulièrement les personnes exposées à des facteurs de risques (Alla, Cambon & Chauvin, 2018).

c) La prévention tertiaire

Enfin, la prévention tertiaire intervient dans un troisième temps pour limiter les comorbidités sur une pathologie déjà installée, afin d'en restreindre les effets et favoriser une qualité de vie la meilleure possible compte-tenu de la pathologie. La prévention tertiaire s'adresse majoritairement aux patients ou aux aidants du fait du problème de santé déjà installé qui nécessite nécessairement de prodiguer des soins par différents types de professionnels (Alla, Cambon & Chauvin, 2018), et vise à prévenir les risques de récurrences ou de complications notamment.

À noter qu'il est parfois également fait mention de « prévention quaternaire », qui désigne le fait d'éviter au patient des actes inutiles et non adaptés ou la surmédicalisation, notamment dans le cadre de soins palliatifs. Cette dernière composante ayant été peu observée ou citée dans le cadre des observations de terrain, il n'y sera pas fait mention ici.

3) Une prévention à deux visages selon les politiques qui lui sont associées

La prévention peut également être séparée en deux catégories selon l'objectif associé aux politiques publiques dédiées. Ainsi, elle peut être passive si elle vise simplement à modifier les environnements, ou bien active si son objectif consiste à une modification des comportements (Raude, 2013). Cette approche est intéressante à évoquer puisqu'elle met en lumière deux visions différentes de l'action préventive, en fonction du résultat visé.

B. La place croissante donnée à la prévention dans les politiques publiques

Dans un système longtemps centré sur le curatif, particulièrement en France qui n'est pas au même stade d'avancement sur le sujet que ses voisins européens, la prévention prend une place de plus en plus importante, du fait de l'évolution de la vision de la santé vers un cadre plus global. Cette évolution s'observe à travers différentes politiques publiques.

1) Une vision élargie de la santé intégrant la prévention

L'évolution de la vision de la santé a été initiée par l'OMS. En effet, dans sa Constitution de 1948, celle-ci définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, s.d.). Cette définition intègre une notion de bien-être et n'est donc pas seulement axée sur les soins. Cette vision est intéressante puisqu'elle pose les prémices d'une évolution globale et internationale de la définition de la santé, qui intègre le curatif, mais aussi tous les déterminants environnementaux, sociaux, contextuels, et surtout se base sur une perception. Dans cette logique, il apparaît pertinent de considérer la prévention comme partie intégrante de la santé, dans le cadre d'une approche holistique de la santé.

En effet, l'intégration de la prévention dans la vision d'une santé plus ouverte s'intègre dans le contexte de l'apparition d'une santé globale. En effet, cette vision de la santé implique une disparition des frontières pour considérer des déterminants transnationaux et communs, nécessitant une réponse coordonnée des pouvoirs publics mondiaux. Cette notion a particulièrement été observée lors de la Crise Covid de 2020. De manière plus figurée, cette conception sans frontières peut aussi s'appliquer à la frontière curative/préventive. Cette idée d'une santé holistique est depuis peu approfondie par la notion de *One Health*, qui intègre dans un même écosystème la santé humaine, animale et environnementale, pour montrer qu'elles sont interconnectées et influent les unes sur les autres.

2) Une nouvelle volonté politique de développer la prévention

Les politiques de santé publique, qui incluent donc les politiques de prévention, se sont développées au cours de la seconde moitié du XXe siècle, en lien avec l'apparition des maladies chroniques (Bergeron, 2010). Depuis plusieurs années, des études menées ont démontré l'utilité de la prévention pour améliorer la santé de la population, et donc réduire les besoins en santé, et in fine les coûts liés aux soins. Les pouvoirs publics se

sont donc progressivement saisis du sujet, notamment depuis le début des années 2000, pour l'intégrer aux stratégies étatiques et aux politiques publiques.

La loi « relative à la santé publique » de 2004 représente une première étape, puisqu'elle affirme pour la première fois la volonté de mettre la prévention au cœur des politiques de santé publique, et considère ainsi la santé publique comme une compétence régaliennne (Bergeron, 2010). Elle intervient dans le contexte de la canicule de 2003, qui a aussi entraîné une réflexion sur l'approche préventive. La loi HPST de 2009 représente une deuxième étape, notamment par la création des ARS. En effet, elle introduit la notion de parcours de soins en y intégrant l'aspect prévention. De plus, elle prévoit certaines dispositions en lien avec la prévention sur trois aspects : la toxicovigilance, la nutrition, et la prévention des risques liés à l'habitat (Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, s.d.). La troisième étape s'incarne dans la loi LMSS de 2016, puisque la prévention, associée à la promotion de la santé, représente l'un des piliers de la loi, menant à une série de mesures pour la favoriser, et prouvant la priorité qui lui est donnée par les pouvoirs publics. Enfin, la crise Covid a achevé de mettre en avant l'importance de la logique préventive dans un contexte d'action publique, à travers la promotion des gestes barrières.

La prévention est également intégrée dans les logiques de planification étatique de la santé, puisqu'elle figure dans la Stratégie Nationale de Santé 2017-2022, qui oriente ensuite les documents de planification territoriaux, et notamment les projets régionaux de santé (PRS) des ARS.

3) La France, encore mauvaise élève sur le sujet

Sur le sujet de l'intégration de la prévention dans les politiques de santé, la France n'est pas la plus efficace en comparaison de ses voisins européens. En effet, bien que le pays ait une espérance de vie élevée en comparaison des autres pays de l'Union Européenne puisqu'elle s'élevait à 82.3 ans en 2022, pour une moyenne européenne à 80.7 ans (Ined, 2023), les chiffres de la mortalité évitable sont moins favorables. Ainsi, selon l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques), 105 décès pour 100 000 habitants était évitables par de la prévention en 2019 (OCDE, 2021). Ce score est relativement bon en comparaison des autres pays, mais il n'est pas si élevé étant donné l'espérance de vie particulièrement élevée en France. Cette tendance s'observe également par la part des dépenses de santé courantes allouées à la prévention en 2021. Ainsi, la France consacrait 5% de ses dépenses de ses dépenses de santé courantes à la prévention, alors que ce chiffre s'élevait à 9% aux Pays-Bas, au Danemark ou en Corée, et même à 12% au Royaume-Uni (OCDE, 2023).

De manière plus générale, la culture de la prévention n'est pas encore acquise sur tous les plans et par toute la population française, dans un pays qui « traduit santé par soins » (Planel & Varnier, 2017) : pour preuve, les gestes de prévention liés au Covid qui n'ont pas toujours été bien appliqués. David SIMARD, docteur en philosophie de la médecine et de la santé, affirmait d'ailleurs en 2023 dans une tribune publiée dans *Le Monde* que la culture de la prévention était encore à installer parmi les pouvoirs publics comme la population. Selon lui, la prévention est centrée sur la vaccination, et l'aspect curatif est favorisé en France, dans une logique d'aval de la maladie en recherche de traitements, plutôt que d'amont. Il considère également que la prévention ne doit pas reposer sur une responsabilité individuelle, mais bien sur des stratégies politiques (Simard, 2023), une vision intéressante puisqu'elle remet au centre le rôle des politiques publiques, et s'inscrit dans la continuité d'une vision globale de la santé.

C. Une complémentarité des acteurs de la ville et de l'hôpital pour mener des actions de prévention

La prévention s'incarne par différents types d'acteurs, qui s'inscrivent en complémentarité les uns des autres, en lien avec l'aspect polymorphe de la prévention, montrant une complémentarité des acteurs de la ville et de l'hôpital.

1) Une variété d'acteurs impliqués dans des actions de prévention

Différents types d'acteurs peuvent être amenés à faire de la prévention. Tout d'abord, la prévention peut être assurée par les médecins généralistes, les infirmiers libéraux, et les professionnels de santé libéraux de manière générale. En effet, de par leurs missions, ils sont au plus proche des patients et de leurs besoins, et ce pour toutes les catégories sociales et professionnelles, et sont donc à même de faire passer des messages à ce sujet. Ces professionnels peuvent aussi se regrouper, par exemple sous forme de CPTS : ces CPTS deviennent alors des acteurs importants de la prévention du fait de leur organisation autour d'un projet de santé.

Ensuite, les établissements de santé peuvent également faire de la prévention. En effet, l'hôpital notamment a un intérêt économique important à la développer, pour réduire le nombre d'hospitalisations et ainsi réduire les coûts financiers des soins. De plus, bien que ces établissements soient plutôt tournés vers le curatif, ils ont tout de même leur place en termes de prévention. En effet, le nombre important de personnes accueillies chaque jour leur donne une possibilité d'agir sur une partie importante de la population, et

les hôpitaux ont la possibilité de développer des stratégies en lien avec leurs activités à plus grande échelle (Alla & Cambon, 2018).

2) Une variété des types de prévention qui s'inscrit dans une logique de complémentarité entre la ville et l'hôpital

Les préventions primaire, secondaire et tertiaire n'impliquent pas nécessairement le même type d'acteurs. Ainsi, la prévention primaire concerne la population dans son ensemble en amont de l'apparition d'une maladie, elle implique donc des professionnels en lien avec la population au quotidien, et pas seulement dans une logique curative. Les médecins généralistes, par exemple, semblent pertinents pour cela puisqu'ils sont en contact avec leurs patients dans la cadre de consultations. Tous les professionnels du domicile de manière globale sont également indiqués du fait de cette relation plus continue avec le patient, qui peut aussi le mettre plus en confiance, augmentant alors les effets de la prévention primaire. Les CPTS sont aussi pertinentes de par la responsabilité territoriale qui leur est confiée. Les établissements de santé sont plutôt tournés vers la prévention secondaire et tertiaire, puisque ces types de prévention s'inscrivent dans le cadre d'une spécialité en lien avec une pathologie précise.

Bien que les frontières soient poreuses, et qu'un hôpital puisse favoriser la prévention primaire, tandis que les professionnels de ville peuvent faire de la prévention secondaire et tertiaire, il apparaît évident ici que la ville et l'hôpital s'inscrivent en complémentarité pour faire de la prévention, entraînant une nécessité de les mettre en relation et de favoriser leurs échanges pour permettre une prévention la plus complète et efficace possible.

Cette première étude contextuelle permet donc de montrer que l'évolution des besoins en soins et des ressources disponibles a mené à une transformation du système de santé, notamment par la construction de parcours de soins. Ces parcours incitent à mettre en lien tous les acteurs du système de santé dans une logique de complémentarité. La prévention s'inscrit dans la continuité de cette logique puisqu'elle prend des formes différenciées et s'adresse à différentes populations, impliquant ainsi différents acteurs, en ville comme à l'hôpital. Suite à cette première analyse théorique, les constats effectués sur le lieu de stage et par le biais d'entretiens semi-directifs permettront de mieux comprendre la vision de terrain de l'intégration et des freins liés à la prévention dans les relations entre la ville et l'hôpital.

DEUXIEME PARTIE : CONSTATS EMPIRIQUES ET FREINS OBSERVÉS CONCERNANT L'INTÉGRATION DE LA PRÉVENTION DANS LES RELATIONS ENTRE LA VILLE ET L'HÔPITAL

Le cadre de l'apprentissage au sein de la Commission Stratégie, ainsi que les entretiens semi-directifs menés en complément ont permis de faire émerger plusieurs constats concernant la vision des professionnels sur le sujet. Cette étude empirique a également mis en avant différents freins à l'intégration de la prévention dans les relations entre la ville et l'hôpital.

I. Quelle vision des professionnels de la santé sur le sujet ?

Les professionnels rencontrés dans le cadre de l'apprentissage ont globalement montré leur volonté de s'investir sur les deux thématiques, à savoir la prévention et les liens entre la ville et l'hôpital, et ce de différentes manières. Les sept personnes interrogées dans le cadre des entretiens semi-directifs partagent également ce point de vue, mais font part d'une appréciation différenciée du sujet, qu'il est intéressant de comparer et d'analyser.

A. Une volonté des acteurs de s'investir sur les deux thématiques, observée dans le cadre de la Commission Stratégie

Cette volonté s'observe dans le cadre de la Commission Stratégie, puisqu'il a été constaté que les deux thématiques s'institutionnalisent au sein des CHU, qu'elles font l'objet de plusieurs groupes de travail, et que la priorité qui leur est donnée a été observée à l'occasion de SANTEXPO 2024, le salon annuel national de la santé et du médico-social.

1) Une institutionnalisation progressive des relations ville-hôpital et de la prévention dans les CHU

Ces deux thématiques connaissent une institutionnalisation progressive au sein des CHU, observée dans le cadre des missions d'apprentissage et des échanges avec des membres de la Commission Stratégie dans différents CHU.

Tout d'abord, concernant les relations entre la ville et l'hôpital, la rédaction d'un dossier de communication sur ce sujet pour la Conférence des DG de CHU a permis de mettre en avant plusieurs exemples, à l'instar des Hospices Civils de Lyon (HCL) qui ont mis en place depuis janvier 2022 une sous-commission de la CME (Commission Médicale de Groupement, la première instance médicale d'un CHU) sur ce thème. Cette sous-commission regroupe des représentants de la CME, des directions du CHU, ainsi que des médecins généralistes, représentants d'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé), des inter-CPTS, des DAC (Dispositifs d'Appui à la Coordination) et des médecins volontaires. Elle est divisée en plusieurs groupes de travail, axés sur quatre thématiques : la communication, la télé-expertise, les expérimentations en soins non programmés et la prévention des hospitalisations. Ce dernier point met en évidence l'intégration de la prévention dans les liens-ville-hôpital. Plus globalement, une enquête menée au sein de la Commission Stratégie auprès des CHU a montré que 78% des CHU répondants (sur un total de dix-huit réponses) disposaient d'une direction identifiée sur le sujet ville-hôpital.

Concernant la prévention, les études sur son intégration au sein de la gouvernance des CHU sont encore en cours. Cependant, il peut être observé qu'elle est favorisée dans le cadre de groupes de travail en CME, ou de directions dédiées, à Nancy ou à Angers notamment. Elle fait même partie du projet d'établissement 2020-2024 du CHU d'Angers.

Les CHU représentent des établissements influents, étant souvent les premiers employeurs de leur territoire. Ils portent une dynamique universitaire et de recherche forte, et sont intégrés politiquement à tous les échelons, à la fois sur le plan local et national. L'intégration de la prévention et des relations ville-hôpital dans leur gouvernance est donc significative des dynamiques d'évolution de la place donnée à ces deux thématiques du côté de l'hôpital.

Une direction de la prévention, de la santé publique et des relations ville-hôpital au CHU d'Angers

Le CHU d'Angers a créé en 2021 une direction spécifiquement dédiée aux thèmes de la prévention, de la santé publique et des relations ville-hôpital, direction sous l'autorité d'une directrice d'hôpital, en binôme avec des médecins hospitaliers en charge de ces thématiques. Concernant les relations entre la ville et l'hôpital, deux groupes de travail ont été mis en place : l'un réunissant des médecins de ville et des médecins du CHU, et l'autre réunissant des acteurs du CHU et des acteurs du domicile. Ces deux groupes

travaillent sur des thématiques diverses. Ainsi, le premier groupe qse regroupe autour des outils et modalités de communication, de la prévention, du parcours patient, de la prise en charge de la douleur et des entrées directes. Le deuxième groupe quant à lui, se regroupe sur la gestion des sorties et sur la connaissance entre les structures associatives, médico-sociales et le CHU.

Concernant le volet prévention, les politiques de la direction se concentrent sur les différentes missions du CHU, que sont la recherche, l'enseignement et le soin. Sur ce dernier point, les actions mises en place visent à la fois les patients, notamment en lien avec la démarche *Making Every Contact Count* (MECC), c'est-à-dire faire que chaque contact du patient avec le système de santé soit une opportunité pour la prévention (sujet qui sera évoqué plus tard dans notre développement), mais aussi les professionnels par le programme HAVISAINES (Habitudes de Vie Saines). Ce programme mène des actions de prévention autour de l'activité physique, de l'alimentation et des différents déterminants de santé pour inciter les professionnels du CHU à adopter des habitudes de vie saines.

La création de cette direction démontre à la fois la volonté de donner une place centrale à la prévention et aux relations ville-hôpital au sein même de la gouvernance du CHU, mais aussi les connexions existant entre ces thématiques, pour intégrer la prévention dans les relations ville-hôpital et utiliser les liens ville-hôpital pour favoriser la prévention.

2) Des groupes de travail en lien avec la Commission Stratégie pour favoriser les liens ville-hôpital et la prévention

Dans le cadre de la Commission Stratégie, différents groupes de travail existent pour favoriser le lien ville-hôpital et la prévention. Ces groupes de travail prouvent que ces deux thèmes représentent des travaux d'actualité pour les CHU.

Concernant le lien ville-hôpital, un groupe de travail a été créé en novembre 2023 par des membres des HCL et de l'AP-HP (Assistance Publique des Hôpitaux de Paris), et est ouvert à tous les membres de la Commission. Les réunions se tiennent sont bimestrielles, et l'objectif est de partager les expériences entre les CHU. Ainsi, lors de la dernière échéance en juin, il a été évoqué les démarches de conventionnement avec les CPTS. Des CHU ont également présenté dans le cadre de ces groupes, des expériences de postes partagés ville-hôpital, ou différentes actions innovantes. L'AP-HM (Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille) a par exemple détaillé en mai sa démarche de création de Centres de Santé sur son territoire.

La Commission Stratégie a également participé à des groupes de travail sur le thème de la prévention. Ces groupes ont été pilotés par la FHF et se sont déroulés en deux temps. De septembre à décembre 2023, la FHF organisait des rencontres régulières afin d'évoquer le sport-santé, en lien avec le contexte des Jeux Olympiques de Paris 2024, afin de profiter de l'actualité sportive pour promouvoir l'activité physique dans un objectif d'amélioration de la santé. Différents professionnels étaient interrogés et discutaient ensemble sur le sujet. Ces échanges ont donné lieu début 2024 à une production écrite de vingt-quatre propositions pour « placer la prévention au cœur des politiques publiques » dans le domaine du sport-santé (FHF, 2024a). Les travaux avec le Comité Prévention de la FHF se sont ensuite poursuivis jusqu'en juin par des échanges et présentations sur différents thèmes, notamment l'alimentation, la prévention de la dépendance, ou encore la santé mentale. La Commission Stratégie a participé à ces groupes de travail, à la fois pour partager des expériences ou idées venant des CHU, mais aussi pour s'inspirer des autres acteurs et découvrir des outils ou des actions innovantes sur le sujet.

3) Le Salon SANTEXPO : un panorama des sujets d'actualité à l'échelle nationale, qui montre l'importance nouvelle donnée à la prévention et aux relations ville-hôpital

Le salon annuel de la santé et du médico-social SANTEXPO, qui s'est tenu les 21, 22 et 23 mai 2024, a mis en évidence la place de plus en plus importante donnée à la prévention et aux relations ville-hôpital.

Cet événement représente en effet un rendez-vous important dans le domaine. Par conséquent, les discours des personnalités publiques, le thème des conférences et tables rondes et les différents ateliers représentent de bons indicateurs des sujets d'actualité pour les politiques publiques et les professionnels, d'autant que l'événement était placé sous le thème de « la santé de demain ». Ainsi, lors de la Conférence inaugurale, le président de la FHF Arnaud ROBINET et la ministre de la santé Catherine VAUTRIN ont tous deux longuement insisté sur la prévention et sur l'élaboration de parcours mettant en lien ville et hôpital. Le premier a ainsi affirmé que « la priorité doit être de faire de la prévention [...] notre fil d'Ariane » (FHF, 2024b), tandis que la seconde parlait de la prévention comme d'une « boussole » et a affirmé son souhait d'engager « une concertation sur les soins non programmés pour que la régulation des patients soit au cœur du parcours et que les prises en charge entre la ville et l'hôpital puissent s'articuler au mieux » (Discours d'inauguration de SANTEXPO 2024). La ministre va quitter ses fonctions prochainement, mais ces discours restent révélateurs de la place donnée aux

deux thématiques qui nous intéressent. De nombreuses conférences et tables rondes se sont ensuite tenues tout au long des trois jours, portant sur la prévention ou sur les relations ville-hôpital. L'une d'elles, organisée par la FHF, montrait bien l'évolution de la vision du système de santé. La table ronde portait du constat d'une dualité du système de santé : le curatif face au préventif, la ville face à l'hôpital. À partir de cela, des discussions étaient menées pour voir cette dualité comme une complémentarité, et pour réfléchir à un système plus intégrant autour de la construction de parcours et de liens plus souples. Ces éléments prouvent donc la place importante donnée à la prévention et aux liens ville-hôpital dans le cadre de SANTEXPO 2024.

La thématique de la prévention a aussi été particulièrement mise en avant par la Conférence des DG de CHU puisque son stand était placé sous le thème « prévention et innovation ». Les différentes Commissions thématiques ont donc organisé différentes interventions et tables rondes en lien avec ce sujet. La Commission Stratégie a mené un atelier sur « Comment faire de la prévention dans les CHU l'affaire de tous ». Un prix innovation et prévention a également été remis sur environ soixante-dix candidatures, pour valoriser les actions de prévention dans les CHU.

Ces différentes observations dans le cadre de l'apprentissage ont donc prouvé l'importance donnée par les CHU à la prévention et aux relations ville-hôpital. Pour compléter cette vision, des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de différents acteurs de la santé, qui montrent une vision convergente sur le fond mais différenciée sur la forme de notre sujet.

B. Une appréhension différenciée mais convergente des acteurs de terrain sur le sujet

Nos échanges avec une directrice d'hôpital dans un CHU, une personne chargée de projet dans une CPTS, deux infirmières à domicile, une pharmacienne hospitalière dans un CH, un médecin hospitalier en charge du sujet ville-hôpital en CHU et un médecin généraliste également président d'une CPTS, membre d'une MSP et représentant dans différentes fédérations (Annexe 1), en association avec les observations dans le cadre de l'alternance, ont permis de fournir une première analyse de la vision des deux thématiques par nos acteurs, et de la place qu'ils donnent à la prévention dans le cadre des relations ville-hôpital. Ces entretiens se sont appuyés sur une grille avec des questions définies et identiques afin d'analyser les réponses de chaque acteur et de les comparer (Annexe 2).

1) Quelle vision des relations ville-hôpital par les différents acteurs ?

a) Une définition des relations ville-hôpital qui varie selon les personnes interrogées

Nous avons demandé aux différentes personnes interrogées quelle était leur définition des relations ville-hôpital. La plupart d'entre elles ont lié la thématique à l'idée de la construction d'un parcours de soins. Ainsi, le médecin hospitalier évoque sur les parcours de soins programmés et non programmés un partage d'informations et d'expertise, dans le cadre d'un territoire de santé : « on est vraiment intégré dans un tissu qui est hospitalier et extra hospitalier » (Entretien 2).

Les acteurs de ville évoquent le plus souvent en premier lieu l'idée du lien avec le retour à domicile. Ainsi, la première des infirmières à domicile évoque le fait d'« organiser au mieux le retour à domicile [du patient] » (Entretien 4). La deuxième définit ce lien comme « pouvoir collaborer pour organiser les sorties d'hospitalisation » (Entretien 5). La personne chargée de projet dans une CPTS parle spontanément du fait « de favoriser au mieux le retour du patient à domicile », avant d'aborder l'amont de l'hospitalisation dans un deuxième temps (Entretien 3). Les acteurs hospitaliers ont moins spontanément centré leur définition sur cet aspect, à l'exception de la pharmacienne hospitalière, qui considère le lien ville-hôpital comme « le fer de lance de la sécurisation du retour du patient à domicile [qui] participe à diminuer les possibles ré hospitalisations en sécurisant le traitement médicamenteux » (Entretien 6).

Certains ont également indiqué que la notion de ville-hôpital leur paraissait trop restreinte. Ainsi, le médecin généraliste préfère parler de « premier recours » pour la ville, et de « second et troisième recours » pour l'hôpital, avec différents niveaux de spécialisation (Entretien 7). La directrice d'hôpital intègre dans cette notion une vision populationnelle en partant des besoins de la population, et en les impliquant pour construire des parcours avec tous les acteurs. Elle considère également que les notions de « ville » et d'« hôpital » n'intègrent pas suffisamment tous les professionnels impliqués, au détriment du secteur médico-social et social (Entretien 1).

De manière générale, les acteurs s'accordent sur le fait de partir des besoins du patient pour organiser l'offre, une observation qui s'inscrit dans la continuité de la transformation du système de santé évoquée précédemment. L'une des infirmières à domicile parle d'ailleurs « d'adaptation en tant que soignant par rapport aux soins des patients » (Entretien 4).

b) Un consensus sur les bénéfices des coopérations ville-hôpital

Toutes les personnes interrogées abordent les bénéfices des coopérations ville-hôpital. Un premier bénéfice cité concerne l'amélioration de la situation des Urgences. Ainsi, mettre en lien la ville et l'hôpital permet, selon la directrice d'hôpital, de trouver des solutions d'aval pour résoudre un problème et réduire les tensions liées aux Urgences : « Parfois, quand tu as le bon interlocuteur, tu vas plus facilement pouvoir débloquer la situation [des Urgences] » (Entretien 1). Cette idée rejoint celle d'une interconnaissance et d'une communication entre les professionnels. Il est ainsi également évoqué par la première infirmière libérale le manque de communication qui empêche une prise en charge optimale : « des prises en soins qui sortent [...] de l'hôpital [...] il nous manque souvent beaucoup d'informations [...] il faudrait une meilleure communication » (Entretien 4).

En lien avec cette idée, les acteurs citent comme bénéfice une amélioration de la qualité de prise en charge grâce à un parcours fluide, efficace, et où les différents professionnels intervenant dans les parcours sont complémentaires plutôt que concurrents. La pharmacienne hospitalière voit cette coopération comme une logique d'entraide, notamment entre sa structure et les pharmacies d'officine, par exemple dans le cas de ruptures de médicaments (Entretien 6). Le médecin hospitalier évoque aussi la « réputation de l'hôpital » : « Que les patients aient l'impression que les médecins aient les bonnes informations, que leur parcours n'est pas trop chaotique » (Entretien 2) pour que les patients aient le sentiment d'une bonne prise en charge et d'un bon échange d'informations.

De manière plus globale, le lien ville-hôpital présente un bénéfice pour les patients. Le médecin généraliste parle d'un bénéfice « tout d'abord pour le patient, pour l'usager, car si on réussit à avoir des bonnes relations on va éviter des redondances » (Entretien 7). L'une des infirmières à domicile nous répond aussi « [Oui, pour] le patient d'abord parce que c'est quand même lui qui est au centre de la prise en charge » (Entretien 5). La chargée de projet en CPTS évoque même « l'amélioration de la santé de manière globale » (Entretien 3).

2) Quelle vision de la prévention ?

a) Une vision relativement convergente de la notion de prévention

Les acteurs s'accordent à définir la prévention comme le fait d'intervenir en amont d'un problème de santé pour l'anticiper et l'éviter, en lien avec le sens donné à cette notion dans le langage courant. Il est cependant intéressant de noter que la nomenclature

de prévention primaire, secondaire et tertiaire n'a pas été citée par tous. De plus, certaines définitions sont très liées à la profession des personnes interrogées, comme pour la pharmacienne hospitalière qui cite la vaccination, ainsi que « les bilans nécessaires avant instauration d'un traitement médicamenteux » (Entretien 6), et l'une des infirmières libérales, qui évoque des actions particulières ou des recommandations ciblées comme mettre des bas de contention, conseiller d'éviter le soleil, ou faire des injections préventives (Entretien 4).

Un autre élément intéressant à noter concerne la vision d'une santé au global. Ainsi, la prévention a été citée par certains comme un moyen de permettre l'amélioration de la santé de manière générale grâce à une prise en charge globale et non pas seulement centrée sur les soins curatifs. La directrice d'hôpital évoque l'« intérêt de la prise en compte de l'environnement des patients » (Entretien 1). La personne chargée de projet dans une CPTS parle même d'une « prise en charge à 360 qui prend vraiment en compte l'individu dans son ensemble », et évoque la notion de *One Health* en inscrivant la prévention dans une vision globale intégrant la santé physique, mentale et environnementale (Entretien 3). Cet élément s'inscrit dans la continuité de la logique d'une prise en charge plus large intégrant tous les acteurs, une logique également évoquée dans le cadre de la définition du lien ville-hôpital précédemment.

b) Un consensus sur les bénéfices de la prévention pour le patient, mais aussi pour la population

Toutes les personnes interrogées sont convaincues de l'utilité et de l'importance de faire de la prévention. Elles s'accordent sur un bénéfice direct en premier lieu pour le patient afin d'améliorer sa qualité de vie, et lui donner la possibilité de « vieillir en bonne santé » (Entretien 1). Selon le médecin généraliste, bien que ses effets soient difficiles à mesurer et à prouver, la prévention est indispensable (Entretien 7). Pour l'une des infirmières à domicile, la prévention est présente au quotidien dans le cadre des soins « C'est quelque chose qu'on fait quand même relativement tous les jours » (Entretien 4). Certains des acteurs interrogés déplorent un déficit de formation (Entretien 7), ainsi qu'un manque global de prévention dans le cadre de leur activité « Dans la prise en charge globale du patient, on ne fait pas assez de prévention, clairement » (Entretien 6). En lien avec l'idée d'un bénéfice pour améliorer la qualité de vie des patients, le médecin hospitalier évoque également le fait de « décharger les hôpitaux » (Entretien 2), puisque des patients moins malades viennent moins souvent aux Urgences, et le nombre d'hospitalisations est moins important.

Une deuxième idée intéressante citée par les personnes interrogées concerne le fait de rendre le patient acteur de sa santé. Ainsi, la prévention est citée comme un moyen permettant aux patients « de les faire prendre conscience des risques » (Entretien 4), ou bien d'être « acteur de [leur] traitement » (Entretien 6). Elle place donc le patient au cœur de son parcours et de sa santé.

c) La prévention, l'affaire de tous les professionnels ?

Les réponses concernant les acteurs les mieux indiqués pour faire de la prévention varient selon les professionnels interrogés. Les acteurs les plus souvent cités sont les médecins traitants ou généralistes (Entretiens 2, 3, 4, 5 et 6), ainsi que les pharmaciens d'officine (Entretiens 1, 5 et 6), et les infirmiers libéraux (Entretien 1, 4 et 5). D'autres acteurs comme les CPTS (Entretien 3), les sages-femmes (Entretien 5) ou encore les autorités de santé comme l'ARS et la CPAM (Entretien 2) ont également été évoqués.

Cependant, il nous a souvent été répondu que la prévention, pour être réellement efficace, devait être l'affaire de tous les soignants, et même de tous les acteurs de la santé. « Pour moi, tous les professionnels de santé devraient faire de la prévention [...] il n'y a pas de professionnel plus qu'un autre », affirme la personne chargée de projet dans une CPTS (Entretien 3). Cette affirmation peut d'ailleurs être rattachée à la Commission Stratégie, puisque l'intitulé de la table ronde organisée par la Commission à SANTEXPO dans le cadre du stand de la Conférence des DG de CHU s'intitulait « Comment faire de la prévention en CHU l'affaire de tous ». Cette idée est centrée sur le rôle du CHU, mais elle montre la volonté d'intégrer différents types d'acteurs, et de ne pas cloisonner la prévention, mais lui donner une dimension collective.

Le médecin généraliste nous a aussi affirmé que pour lui, les personnes les plus indiquées ne sont pas toujours les plus spécialistes du sujet évoqué, mais dépendent plutôt des actions à mener et du public visé. « On a remarqué qu'on gagne à faire intervenir des gens que les gens connaissent, avec des acteurs locaux. Quand on met une photo de l'acteur sur les affiches, les gens viennent plus et se sentent plus accueillis, concernés [...] ça marche plutôt bien » (Entretien 7).

3) Quelle place est accordée à la prévention dans le cadre des relations ville-hôpital ?

a) Une distinction entre le parcours de soins et le parcours de santé qui ne va pas de soi

Dans le cadre des missions d'alternance, il a été remarqué que la différenciation entre les notions de parcours de soins et de parcours de santé était soit au cœur du champ sémantique employé, soit inexistante. Elle était notamment souvent utilisée dans les sphères de gouvernance, et dans les textes, et particulièrement par les directeurs d'hôpital les plus impliqués dans l'intensification des liens ville-hôpital au sein de la Commission Stratégie. Pour approfondir ce constat, il a donc été demandé aux personnes interrogées si elles utilisaient et séparaient ces deux termes. Tandis que le parcours de soins est largement connu, à l'exception de l'une des infirmières à domicile, qui utilise plutôt l'expression de « prise en charge globale » (Entretien 5), l'utilisation de la notion de parcours de santé est plus contrastée. Ainsi, le médecin hospitalier, les deux infirmières libérales ainsi que la chargée de projet en CPTS ont répondu par la négative à la question (Entretiens 2, 3 et 4). Seuls trois acteurs ont évoqué l'idée d'un parcours de soin centré sur le curatif, tandis que le parcours de santé intègre pour eux une vision plus globale de la santé, notamment par la prévention. Sur ce point, il est intéressant de relever la remarque suivante du médecin généraliste : « Vous m'auriez posé la question il y a dix ans, je vous aurais dit non » (Entretien 7). Sa perception a donc évolué depuis la création en 2010 de la Maison de Santé où il exerce, et la création de la CPTS dont il est le président. Il explique en effet que la première assure selon lui un parcours de soins, tandis que la deuxième permet plutôt d'agir dans une logique de parcours de santé.

Pourtant, tous ont cité la prévention comme bénéfique et importante, preuve que l'utilisation sémantique n'est pas nécessairement représentative de la place qui lui est donnée par les professionnels. L'analyse de ces deux termes en dit cependant beaucoup sur les évolutions de la vision du soin de manière globale, avec une place de plus en plus importante accordée à la prévention au sein des parcours de prise en charge.

b) Quels liens existent-ils entre les coopérations ville-hôpital et la prévention selon ces observations ?

En analysant ces réponses, il peut être constaté plusieurs points communs entre les notions de prévention et de relations ville-hôpital. Premièrement, les deux thèmes sont cités comme bénéfiques pour les patients, en plaçant l'usager au centre de sa prise en charge et de sa santé. Ensuite, mettre en lien ville et hôpital permet de gagner en efficacité pour désengorger les Urgences et l'hôpital, mais la prévention réduit aussi le nombre d'hospitalisations et la tension aux Urgences en maintenant la population en meilleure santé. Troisièmement, dans la continuité du deuxième point, les deux notions permettent de simplifier les parcours grâce à une meilleure organisation entre les acteurs de la ville et de l'hôpital, et une diminution du nombre de professionnels intervenant dans la prise en charge du fait d'une bonne prévention.

En fait, ces points communs montrent une interdépendance entre les deux notions : « la prévention est présente au quotidien » (Entretien 4), en ville comme à l'hôpital, et elle doit être coordonnée avec des acteurs de la ville comme de l'hôpital en utilisant leur complémentarité pour faire passer les bons messages au bon moment, selon le médecin hospitalier (Entretien 2). Plus globalement, les réponses s'inscrivent dans le cadre d'une vision globale, qui traversent les frontières curatif/préventif, ville/hôpital, et entre les acteurs, dans la continuité de l'idée d'un parcours de santé.

Ces observations permettent donc de mieux appréhender la vision de certains acteurs sur les relations ville-hôpital, la prévention, et le lien existant entre les deux. Mais les missions d'alternance, les constats des terrains et les entretiens ont également mis en avant l'existence de différents freins pour que la prévention puisse être réellement partie intégrante du lien ville-hôpital.

II. Des freins observés pour que la prévention puisse être réellement partie intégrante du lien ville-hôpital

Les observations de terrain et les entretiens ont permis de faire le constat suivant : les liens ville-hôpital, la prévention, et la place de celle-ci dans le cadre des coopérations entre la ville et l'hôpital rencontrent des obstacles.

A. Des obstacles observés dans les liens entre la ville et l'hôpital

1) La communication et la manque de connaissance mutuelle des acteurs : des freins majeurs

Le premier frein observé et cité concerne la communication et la connaissance mutuelle des acteurs. Tout d'abord, le fait que les acteurs ne se connaissent pas bien a plusieurs fois été cité comme un facteur bloquant. En effet, se connaître, c'est se comprendre, et comprendre le mode de fonctionnement et les problématiques rencontrées par chacun. Le médecin généraliste évoque des idées reçues « des deux côtés, c'est-à-dire l'hôpital qui pense que la ville ne sait pas faire, et la ville qui pense que l'hôpital est hégémonique » (Entretien 7). Ces idées reçues peuvent donc constituer un frein important pour une coopération efficace entre la ville et l'hôpital. De plus, il peut parfois être difficile d'identifier le bon interlocuteur, notamment pour les professionnels de ville, qui ne savent pas toujours à qui s'adresser à l'hôpital, ni comment.

Ensuite, le manque de communication peut également être un frein important. Le médecin généraliste nous a donné l'exemple de deux équipes de coordination qui ont été créées sur le même territoire, partageant les mêmes missions, la même population, mais aussi les mêmes bureaux. La deuxième équipe, lors de sa création, ne connaissait en effet pas les actions et la zone d'intervention de la première, déjà implantée (Entretien 7). Cet exemple est très représentatif : il concerne plutôt les acteurs de ville mais montre l'importance que représente une bonne communication globale entre les acteurs. Le médecin hospitalier nous fait également part d'une communication parfois « maladroite » de l'hôpital. En effet, les professionnels de ville qui souhaitent contacter les professionnels hospitaliers doivent bien souvent appeler leur secrétariat, ce qui peut faire perdre du temps et instaurer un obstacle important. La symbolique de « l'appel dans le vide » quand les secrétaires ne répondent pas immédiatement peut aussi contribuer à une image de l'hôpital qui ignore la ville, selon le médecin. Et même dans le cas où des numéros sont mis en place pour permettre aux professionnels d'entrer en contact avec les services, il arrive que les acteurs de ville appelant pour une demande d'expertise spécialisée, se voient confrontés à des internes, par manque de temps hospitalier, qui ne sont pas toujours aptes à répondre à leur questionnement. Cela peut représenter une source d'agacement pour les professionnels de ville, qui peuvent considérer perdre leur temps, et qui se voient contraints de demander une expertise à des personnes encore étudiantes et bien plus jeunes, ce qui n'aide pas à renforcer les liens (Entretien 2). En lien avec l'idée d'une bonne communication, certains déplorent également l'absence d'outils favorisant les échanges d'informations pour fluidifier les parcours, et donc les relations entre les acteurs.

2) Un manque de temps humain et de ressources financières

Des obstacles régulièrement cités concernent également le manque de ressources humaines et financières. Tout d'abord, les acteurs déplorent un manque de temps pour permettre aux professionnels de s'investir. Ainsi, l'une des infirmières à domicile affirme que « ce qui peut être bloquant, c'est le manque de temps, le manque de personnel aussi dans les hôpitaux, la surcharge de travail, ça fait barrage aux liens qu'on pourrait avoir les uns avec les autres » (Entretien 5). La directrice d'hôpital fait également part de l'aspect chronophage de l'investissement demandé « ça veut dire des personnes qui sont prêtes à se rencontrer en soirée, et tout ça n'est pas payé, pas financé » (Entretien 1). Cette idée est à mettre en lien avec le manque de ressources financières souvent déploré. Ainsi, la pharmacienne hospitalière explique que « l'absence de budget en lien avec les moyens humains » représente pour elle l'élément majeur freinant les coopérations ville-hôpital (Entretien 6).

3) Des coopérations dépendantes des acteurs engagés

Un troisième obstacle cité concerne la volonté des acteurs eux-mêmes de s'investir. Ainsi, selon la directrice d'hôpital, les acteurs (hôpitaux, CPTS, professionnels de ville), peuvent parfois avoir des orientations stratégiques différentes (Entretien 1), ce qui a des conséquences sur l'efficacité de la coopération entre les professionnels de la ville et de l'hôpital. Le médecin généraliste nous a également indiqué que selon lui, les coopérations ville-hôpital sont « personne-dépendantes » (Entretien 7), c'est-à-dire qu'elle dépendent à la fois des relations entre les acteurs et de l'investissement de chacun. Enfin, l'une des infirmières à domicile évoque même le positionnement du patient lui-même sur la construction de son parcours de soins qui peut freiner ces coopérations « j'ai des exemples typiques où on est sur plein de refus avec plusieurs reprises en soins, et du coup c'est très délicat après de pouvoir mettre en place plusieurs choses si les patients et l'entourage ne le souhaitent pas » (Entretien 4).

B. Des obstacles observés pour favoriser la prévention

1) La prévention n'est pas toujours une priorité dans un contexte de tension des ressources

Parmi les obstacles cités, le premier concerne la priorité donnée à la prévention. En effet, comme expliqué précédemment, les problématiques de ressources rencontrées par tout le système de santé impliquent une tension et un manque de temps global pour les actions de soins. La chargée de projet en CPTS pense d'ailleurs qu'il faut « redorer l'image de la prévention » qui est souvent vue comme assez coercitive (Entretien 3). L'une des infirmières à domicile considère qu'elle ne fait pas assez de prévention « par manque de temps auprès [des] patients » (Entretien 5). Le médecin généraliste insiste d'ailleurs sur le fait que faire de la prévention demande beaucoup de temps et d'énergie, et que les professionnels ne sont pas toujours formés correctement sur le sujet (Entretien 7). Les tensions liées aux ressources, notamment concernant le manque de moyens humains et de temps, est donc un obstacle majeur pour favoriser la prévention au sein du système de santé.

2) La question du frein financier

En lien avec les tensions liées aux ressources, un autre frein majeur concerne l'aspect financier. En effet, c'est une incitation majeure à l'action, et les acteurs déplorent collectivement le manque d'incitations financières pour faire de la prévention. Ainsi, la directrice d'hôpital rappelle que la prévention n'est pas le premier poste de dépenses et d'investissement (Entretien 1). La pharmacienne hospitalière affirme que « une fois que le

financement est là, il y a des postes en adéquation, les personnes sont formées et tout suit derrière [...] c'est le nerf de la guerre » (Entretien 6). Le médecin généraliste, à travers son engagement au sein d'une CPTS constate que bien que le budget global alloué à la prévention soit relativement important, il est divisé entre tous les acteurs, menant à un financement très insuffisant par rapport aux coûts des actions menées « on nous demande de faire de la prévention mais on ne nous donne que peu de moyens pour faire des missions » (Entretien 7). Celui-ci évoque aussi les expérimentations article 51 qu'il trouve intéressantes comme outil d'innovation qui donne les moyens d'agir.

3) Des freins culturels

Enfin, la prévention peut également être freinée par la vision culturelle des facteurs de risques par la population. L'exemple de l'alcool est très parlant sur le sujet. Ainsi, la personne chargée de projet dans une CPTS nous explique que la prévention des risques liée à l'alcool est difficile car l'alcool porte une dimension culturelle au sein de la population. La CPTS trouve peu de soutien de la part des acteurs du territoire pour les actions préventives en ce sens, et du vin leur avait même été servi dans le cadre d'une réunion dans une mairie (Entretien 3), le signe que l'aspect culturel peut représenter un obstacle important. De même, le médecin hospitalier rappelle que l'alcool est responsable de très nombreux cancers, problèmes de santé divers et passages aux Urgences qui pourraient être évités avec une politique préventive plus virulente. Il associe d'ailleurs ces freins culturels à des freins politiques, puisque les études sur le sujet sont nombreuses, alors que des publicités favorisant l'alcool existent encore et que les lois sur le sujet peinent à être votées du fait de l'influence culturelle et viticole (Entretien 2).

Les difficultés rencontrées par le système de santé de manière générale pour assurer son bon fonctionnement se retrouvent donc souvent également dans l'analyse des obstacles à la prévention et aux coopérations ville-hôpital. Tensions sur les ressources humaines, financières, manque de communication, de temps, de connaissance entre les acteurs, ou encore arbitrages effectués et volonté de certains acteurs, tous ces obstacles freinent la prévention ainsi que les coopérations entre la ville et l'hôpital au sein du système de santé. Ceci amène nécessairement à entraver l'intégration de la prévention dans les relations ville-hôpital. Mais alors, quels sont les leviers à mobiliser pour que la prévention soit réellement partie intégrante des relations ville-hôpital ?

TROISIEME PARTIE : COMMENT FAIRE POUR QUE LA PRÉVENTION SOIT RÉELLEMENT PARTIE INTÉGRANTE DES RELATIONS VILLE-HÔPITAL ?

Pour que la prévention puisse réellement faire partie des relations ville-hôpital, différents leviers sont à mobiliser. Ces leviers, identifiés grâce aux études précédentes et aux différents exemples empiriques, peuvent s'accompagner d'expérimentations internationales qui commencent à s'implanter en France. Tous ces éléments permettent une analyse globale des moyens pour favoriser la place de la prévention dans les relations ville-hôpital. La réflexion menée tout au long de ce travail, à associer à un regard critique méthodologique, offre alors une réponse aux différentes hypothèses présentées précédemment.

I- Quels leviers mobiliser pour valoriser et améliorer la place de la prévention dans les relations ville-hôpital ?

La connaissance des acteurs entre eux, la communication, le rôle des CPTS sur la question, la place des CPAM et ARS, ainsi que divers autres exemples, permettent de mettre en avant différents leviers pour que la prévention puisse être valorisée et améliorée dans le cadre des relations entre la ville et l'hôpital.

A. Mieux se connaître pour mieux se comprendre et mieux communiquer

1) L'importance d'une bonne connaissance mutuelle entre les acteurs

Les personnes interrogées dans le cadre des entretiens semi-directifs ainsi que les observations de terrain ont permis de montrer qu'une bonne connaissance des acteurs entre eux était essentielle afin de mieux se comprendre, d'appréhender ainsi les différentes problématiques rencontrées par chacun pour les prendre en compte, ainsi que de connaître les moyens d'entrer en contact les uns avec les autres de manière plus efficace. Sur ce sujet, la chargée de projet dans une CPTS nous explique « Nous, on voit les médecins généralistes qui connaissent les praticiens hospitaliers, qu'ils soient spécialistes ou non. Vraiment pour les admissions s'ils ont des contacts directs ça facilite énormément les choses, même pour la sortie ensuite et certaines ordonnances, ça c'est essentiel. » (Entretien 3). Le médecin hospitalier ajoute également « cet échange est

vraiment indispensable parce que nous on va avoir des très bonnes idées ou des choses qui nous paraissent logiques en pratique [mais] notre pratique est tellement différente d'un médecin libéral qu'il faut vraiment les solliciter » (Entretien 2).

Au sein de la Commission Stratégie, différents exemples ont été donnés pour favoriser cette meilleure connaissance. Ainsi, certains CHU, organisent des temps d'échanges dans un cadre plus informel pour faire se rencontrer et échanger les acteurs de la ville et de l'hôpital. C'est le cas du CHU de Reims où des « soirées de la rhumatologie rémoise » sont organisées pour que les spécialistes en rhumatologie et les médecins généralistes puissent se connaître. Une ouverture à d'autres spécialités est prévue. De même, les HCL organisent des soirées à destination des professionnels de l'hôpital et des CPTS pour que chacun puisse se rencontrer, et identifier ainsi les acteurs privilégiés pour la transmission et le partage d'informations. Des guides de consultation sont également à disposition de ces professionnels afin de recenser les différentes lignes téléphoniques utiles, et une adresse mail générique a été mise en place pour disposer d'un moyen de contact simplifié.

2) L'importance d'une bonne communication

En lien avec l'idée d'une bonne connaissance des acteurs entre eux, une bonne communication apparaît tout aussi essentielle. Le médecin hospitalier explique « le CHU c'est vraiment un gros truc, les médecins libéraux qui travaillent plus en individuel, ça vient les impressionner, ils ne savent pas par quel bout le prendre, donc il faut vraiment leur offrir des éléments de communication » (Entretien 2). Il est d'ailleurs intéressant de noter ici que pour ce professionnel, l'effort de communication à faire doit surtout venir de l'hôpital. En ce sens, le choix des outils de communication est important puisqu'il permet d'intensifier les relations ville-hôpital, favorisant ainsi la prévention par tous les acteurs concernés.

Ainsi, différents exemples peuvent être cités pour contribuer à améliorer la communication. Au sein des CHU, de nombreux établissements ont fait le choix de se tourner vers des outils numériques, comme des annuaires, des messageries sécurisées, des plateformes, ou encore des applications. Le CHU de Brest, par exemple, dispose d'une plateforme afin de faciliter l'accès aux documents de prise en charge des patients pour assurer la continuité des soins entre la ville et l'hôpital. Le CHU de Reims dispose aussi de sa plateforme, Parceo, pour permettre une messagerie instantanée et sécurisée afin de partager des photos, l'adaptation des traitements, ou encore favoriser les demandes de renseignement entre la ville et l'hôpital. De même, le CHU de Nantes a développé l'application ConnectPro à destination des professionnels de ville. Celle-ci

concentre les informations à jour concernant les contacts et horaires d'ouverture des différents secrétariats, donne accès à une messagerie sécurisée, et dispose d'un moteur de recherche avec un numéro centralisé pour chaque service. Du côté de la ville, l'une des infirmières libérales nous a présenté un outil sous forme de dépliant recensant les principales informations concernant le patient, notamment sa carte vitale, ses informations de santé, ainsi que de potentielles directives anticipées en cas de décès « C'est des informations qui sont utiles à l'hôpital pour quand le patient est hospitalisé pour organiser la sortie plus facilement » (Entretien 5).

Ces outils sont plutôt centrés sur l'intensification des relations ville-hôpital et montrent parfois leurs limites. Dans certaines situations, les habitudes de travail, par exemple, peuvent freiner l'adoption de certains outils, notamment numériques. Cependant, ils créent dans le même temps un cadre propice pour faire travailler ensemble tous les acteurs, permettant ensuite de favoriser la prévention grâce à ces relations.

B. La CPTS, un acteur incontournable représentant un levier majeur

Pour favoriser la prévention dans le cadre des relations entre la ville et l'hôpital, un acteur apparaît particulièrement pertinent à évoquer : les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). En effet, elles sont constituées par des professionnels de ville se regroupant autour d'un projet de santé soumis à l'ARS, et travaillent donc à la réponse aux besoins de la population de manière globale. Dans cette optique, la prévention prend une part importante puisqu'elle s'inscrit dans le contexte d'une prise en charge de la santé holistique. De plus les CPTS représentent des interlocuteurs privilégiés avec la population de par leur implantation territoriale.

Elles représentent également pour l'hôpital le moyen de s'adresser directement aux professionnels de ville d'un territoire, qui sont regroupés en une seule voix. Ainsi, le médecin généraliste, également président d'une CPTS, nous explique que sur certains territoires, les professionnels peuvent être très nombreux. Se structurer en CPTS permet donc pour les professionnels de ville de porter leurs positions en une seule voix, et pour les hôpitaux de s'adresser à un seul interlocuteur, gagnant ainsi en efficacité « quand c'est structuré en CPTS, [l'hôpital] sait qu'il va pouvoir par la CPTS d'un seul coup parler aux 300 professionnels de santé et avoir un bras de levier sur l'action qu'il veut mener sur ce territoire-là, et ça gagne en efficacité » (Entretien 7). Le médecin évoque même le fait que ces CPTS se structurent maintenant également en inter-CPTS, pour échanger avec d'autres interlocuteurs, notamment au niveau départemental, puisque plusieurs CPTS peuvent exister sur différentes zones d'un département.

Il est d'ailleurs intéressant de noter que, dans le cadre des premiers contacts pour effectuer les entretiens semi-directifs, nous avons rencontré quelques difficultés à identifier les contacts des médecins généralistes, puisque leurs adresses mail ne sont pas communiquées, et que le numéro de téléphone correspond souvent à leur secrétariat. Nous avons donc contacté quelques CPTS, qui nous ont ensuite mis en relation avec les médecins généralistes intéressés. Cette idée montre bien que les CPTS représentent aujourd'hui le moyen le plus efficace pour entrer en contact avec ce type de professionnels, et qu'elles permettent de représenter un interlocuteur unique. Cela facilite la communication et la mise en relation entre les acteurs.

Les CPTS : un outil encouragé par les pouvoirs publics

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé ont été créées en 2016 par la LMSS. Elles se constituent à l'initiative des professionnels de santé qui se regroupent afin de répondre aux besoins de santé sur leur territoire. Elles peuvent associer des professionnels du secteur sanitaire comme médico-social ou social, et visent à faire coopérer différents acteurs intervenant dans le parcours de soins du patient sur les territoires (Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, 2022). Les CPTS sont actuellement encouragées par les pouvoirs publics. Ainsi, le Président de la République lors de ses vœux en 2023 avait affirmé sa volonté que 100% des territoires soient couverts par des CPTS, en lien avec la stratégie ministérielle « Ma Santé 2022 », prouvant la priorité qui leur est actuellement donnée.

C. Le rôle de l'ARS et de la CPAM pour soutenir les actions

L'un des leviers principaux à mobiliser pour favoriser la place de la prévention dans les relations ville-hôpital concerne la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) et l'ARS. Ces deux institutions permettent un soutien financier, mais aussi plus global, et peuvent également être à l'initiative de certaines actions, leur donner une impulsion, et animer le territoire.

1) Un soutien financier

L'ARS et la CPAM permettent tout d'abord de subventionner ou d'apporter un soutien financier aux différentes actions de prévention, et mettant en lien ville et hôpital. En effet, la prévention ainsi que les initiatives mettant en relation ville et hôpital font face à des problématiques de financement qui empêchent parfois de mener à bien certaines actions, comme évoqué précédemment. Ces deux autorités représentent donc un levier

important sur ce sujet. Ainsi, comme la pharmacienne nous le rappelle, « C'est les financiers, c'est le nerf de la guerre ! » (Entretien 6). De plus, elles sont complémentaires sur le sujet de par le mode de financement différent de la ville et de l'hôpital. Enfin, les CPAM financent les CPTS, un élément essentiel étant donné la place centrale de celles-ci démontrée précédemment.

2) Un rôle plus global pour initier, soutenir et encadrer les actions

De manière plus générale, les ARS et CPAM peuvent représenter un levier pour favoriser la prévention au sein des relations ville-hôpital. En effet, elles permettent d'impulser une dynamique avec les différents acteurs du parcours du patient, et de donner des lignes de conduite. Le PRS des ARS peut représenter un outil intéressant en ce sens puisqu'il définit les principales orientations et priorités des prochaines années en matière de politiques de santé. Dès lors, y inscrire les relations ville-hôpital et la prévention permet de leur donner une priorité politique et un cadre à décliner ensuite auprès des professionnels. Elles peuvent également impulser et coordonner par contractualisation : par exemple, l'ARS contractualise avec les hôpitaux sur des objectifs pour donner un cadre. Toutes ces orientations se déclinent ensuite, notamment par le biais des collectivités territoriales et des CLS (Contrats locaux de santé).

Les ARS et CPAM peuvent également assurer un rôle d'animation du territoire. En effet, selon le médecin généraliste, celles-ci disposent d'une bonne connaissance des acteurs, et d'une vision globale du maillage territorial, qui leur permet d'organiser tous les acteurs entre eux, favorisant ainsi les relations ville-hôpital. Il nous explique ainsi qu'elles disposent d'informations concernant le diagnostic territorial « Ils ont des outils diagnostics de l'état de santé de la population qui leur permettent de nous alerter sur tel ou tel problème de santé ou coût global pour la santé » (Entretien 7), et ajoute d'ailleurs « Le travail de l'ARS et de la CPAM c'est à eux de bien connaître tout le tissu et de bien mettre en relation tous les acteurs et tous les partenaires en faisant attention à ne pas les mettre en concurrence » (Entretien 7). Sur certains territoires, des réunions sont organisées entre les différents acteurs et ces autorités. Ainsi, à Nantes, la CPAM est à l'initiative de réunions et groupes de travail avec le CHU et la médecine de ville. De même, les HCL à Lyon se réunissent tous les deux ou trois mois avec l'ARS et la CPAM de leur territoire pour travailler sur les relations entre la ville et l'hôpital. Cette implication de l'ARS et de la CPAM montre l'institutionnalisation progressive des relations ville-hôpital et de la prévention et représente un levier important pour favoriser la prévention dans le cadre de ces relations.

D. Des initiatives dans les CHU favorisant la prévention dans les relations ville-hôpital

À partir des études de terrain et des exemples donnés par les CHU, différentes initiatives favorisant la prévention dans le cadre des relations ville-hôpital peuvent être citées, comme les équipes de soins spécialisées ou mobiles, des lignes téléphoniques pour permettre l'échange d'expertise entre ville et hôpital, notamment sur des sujets d'accompagnement à la prescription, des actions de formation pour les professionnels, ou encore des actions de dépistage et d'éducation thérapeutique.

L'exemple de l'équipe mobile gériatrique du CHU de Nantes est intéressant en ce sens. Cette équipe a été créée il y a trois ans par le CHU. Elle regroupe quatre IPA (infirmiers en pratique avancée), un médecin gériatre et un assistant social. Elle intervient en amont et en aval d'une hospitalisation. En amont, à la demande des médecins libéraux, cette équipe est chargée d'évaluer les fragilités éventuelles des personnes âgées, afin de repérer et d'anticiper une potentielle hospitalisation. En aval sur demande des médecins urgentistes, elle est chargée de vérifier le retour à domicile et le risque de retour aux Urgences du patient. Cette équipe mobile met en lien la ville et l'hôpital par la prévention, afin de répondre aux problématiques rencontrées par les services d'Urgences, mais aussi de s'assurer de la meilleure prise en charge possible et la plus adaptée pour le patient en utilisant la prévention et l'évaluation des risques.

Dans différents CHU, des projets sont en cours pour favoriser la prévention en intégrant et mettant à profit les liens entre la ville et l'hôpital. Le CHU de Saint-Étienne est ainsi en cours d'élaboration d'un projet pour penser la prise en charge du patient après une chirurgie cardiaque, en conciliant les professionnels hospitaliers et du domicile, afin d'engager une rééducation adaptée, mettant ainsi en lien la ville et l'hôpital autour de la prévention.

L'expérimentation nationale OBEPEDIA qui fait l'objet d'un article 51 peut également être citée comme un moyen de mettre en lien ville et hôpital par la prévention. Elle permet en effet de construire un parcours de suivi des enfants et adolescents ayant entre 3 et 18 ans et souffrant d'obésité sévère ou complexe. Ce parcours de soins met en lien la ville et l'hôpital puisqu'il associe différents professionnels intervenants au sein de ce parcours. Il repose sur la prise en charge, mais aussi la prévention, afin d'accompagner au mieux les enfants et les adolescents concernés.

De nombreux leviers sont donc à mobiliser pour favoriser la place de la prévention dans les relations ville-hôpital. Ces leviers ont été identifiés grâce aux constats développés en première et deuxième partie. Ils peuvent être associés à plusieurs théories pensées en dehors de la France pour faire évoluer la notion du lien ville-hôpital, intégrer la prévention dans les parcours, et par cela favoriser la prévention dans le cadre de ces relations entre la ville et l'hôpital.

II- Des leviers à mobiliser à partir de théories à l'international

La prévention et la construction de prises en charge autour d'un parcours mettant en relation la ville et l'hôpital sont des éléments pensés dans la littérature sur le sujet à l'international. La théorie *Making Every Contact Count* (MECC), née en Angleterre et appliquée par le NHS (National Health Service) permet de penser différemment la prévention. De même, les expérimentations autour du concept de responsabilité populationnelle, né au Québec, se développent en France sur certains territoires, et invitent à penser un parcours de santé de manière globale intégrant la prévention, plutôt qu'un simple parcours de soins.

A. La démarche MECC : faire que chaque contact avec le système de santé compte

1) Qu'est-ce que la démarche *Making Every Contact Count* ?

La démarche *Making Every Contact Count* (MECC) est née en Angleterre et est valorisée au sein du système de santé anglais, le NHS. Le concept est défini par le NHS comme une approche utilisant les nombreuses interactions quotidiennes de la population avec les professionnels pour donner en quelques minutes des informations en matière de prévention, afin de favoriser les changements de comportements grâce à ces rappels réguliers, mais non chronophages pour les professionnels impliqués. La démarche MECC a été testée au sein de plusieurs établissements, avec des bénéfices observés, notamment concernant les échanges des professionnels de santé entre eux sur la prévention. La démarche implique trois types d'acteurs : les institutions et organisations pour leur donner les moyens de diffuser le modèle, les professionnels de santé pour qu'ils transmettent les messages adaptés lors de chaque contact avec leurs patients, et enfin les patients eux-mêmes pour qu'ils améliorent leurs habitudes de vie. Elle se structure à différents niveaux, avec différents niveaux d'interventions en fonction de la fréquence et

de la durée des contacts du professionnel avec le patient (Public Health England, NHS England & Health Education England, 2016).

La démarche MECC part du constat que les principales causes de mortalité au Royaume-Uni sont liées à des comportements et des habitudes de vie, notamment par le tabac, l'hypertension, l'alcool, l'obésité ou la sédentarité. La santé mentale a également une influence sur la santé et sur les comportements de la population. Dès lors, agir sur ces facteurs permet d'améliorer la santé de la population et leur espérance de vie, mais aussi de lutter contre les inégalités sociales et de santé. Le NHS affirme également que chaque professionnel travaillant au contact du public est pertinent pour favoriser et promouvoir un mode de vie sain. Mais cela implique de sensibiliser ces professionnels, et des inciter à adopter eux-mêmes des comportements favorisant leur santé. MECC permet à terme de faire changer les comportements de la population, mais aussi des professionnels eux-mêmes (Public Health England, NHS England & Health Education England, 2016).

Il existe également une version approfondie de la démarche, appelée MECC plus, qui incite à penser également des déterminants de la santé plus sociaux et environnementaux.

2) Pourquoi la démarche MECC représente-t-elle un levier intéressant pour favoriser la place de la prévention dans les relations ville-hôpital ?

La démarche MECC permet de développer la prévention au sein de toute la population, en impliquant tous les professionnels. Elle favorise également la prévention dans le cadre même des soins, pour ne pas considérer celle-ci comme un élément additionnel isolé, mais bien l'intégrer dans le cadre des parcours. Elle donne donc une place importante à la prévention à toutes les étapes du parcours de soins, et avec tous les acteurs, en ville comme à l'hôpital, et permet à chacun d'acquérir des connaissances en santé publique et sur les déterminants de santé, pour modifier les comportements mais aussi repérer les facteurs de risque et orienter les patients vers l'interlocuteur le plus adapté, en ville comme à l'hôpital. Dès lors, elle représente un levier intéressant pour intégrer la prévention dans le cadre de ces relations et faire qu'elle soit partie intégrante du lien ville-hôpital.

Une volonté de développer la démarche MECC au CHU d'Angers

Le 29 janvier 2024, la directrice générale du CHU d'Angers Cécile JAGLIN-

GRIMONPREZ a signé avec Alexis DESCATHA, professeur des universités et praticien hospitalier dans l'établissement et Céline SCHNEBELEN, directrice adjointe chargée de la prévention, de la santé publique et des coopérations ville-hôpital au CHU d'Angers, une tribune affirmant que « la prévention à l'hôpital doit être l'affaire de toutes et tous, patients compris » (Descatha, Jaglin-Grimonprez & Schnebelen, 2024).

Dans cet article, les auteurs affirment leur souhait de voir l'hôpital prendre une place plus importante pour faire de la prévention primaire. Ils affirment pour cela que la démarche MECC peut permettre de modifier la vision que peuvent avoir les professionnels sur la prévention, qu'ils voient comme chronophage et cloisonnée, afin de favoriser la prévention à chaque contact du patient avec le système de santé, pour améliorer la santé de la population, mais aussi de ces professionnels (Descatha, Jaglin-Grimonprez & Schnebelen, 2024).

Le CHU d'Angers a d'ailleurs ouvert en août un poste de cadre de santé en prévention et santé publique, qui sera chargé, entre autres, de mettre en œuvre et accompagner la démarche MECC au sein de l'établissement. Cette offre représente une volonté supplémentaire de la part du CHU de développer la démarche.

B. La Responsabilité populationnelle : du parcours de soins vers le parcours de santé

1) Qu'est-ce que la Responsabilité populationnelle ?

La Responsabilité populationnelle est née en 2003 au Québec dans le cadre d'une réforme. « [Elle] implique l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné » grâce à trois axes : favoriser des services répondant aux besoins de la population, accompagner et soutenir les personnes, et agir en amont sur les déterminants de santé. Ces trois axes sont mis en place grâce à une collaboration de tous les acteurs de la santé et du social pour « assumer collectivement leur responsabilité » (Institut national de santé publique du Québec, s.d.). Elle a été déclinée dans une stratégie pour accompagner l'exercice de la Responsabilité populationnelle par les acteurs.

La Responsabilité populationnelle porte donc en elle l'idée que chaque acteur peut être pertinent pour améliorer l'état de santé de la population en agissant sur différents déterminants de santé : par exemple, les collectivités peuvent rendre leurs villes plus saines et sécuritaires afin d'éviter les accidents ou la survenue de maladies, ou encore les

pharmaciens, grâce à leurs contacts réguliers et personnalisés avec les patients, peuvent également agir à leur échelle. Tous ces acteurs d'un territoire sont donc porteurs d'une responsabilité pour agir sur la santé et le bien-être des populations puisqu'ils ont une capacité d'action à leur échelle.

2) Une expérimentation lancée en France par la FHF

La FHF a repris cette démarche en 2017 pour l'implanter en France. Il est intéressant de noter que leur définition est légèrement différente de celle donnée par le Québec. Ainsi, pour la FHF, « la démarche de Responsabilité populationnelle vise à faire travailler ensemble tous les acteurs d'un bassin de vie pour améliorer la santé de ses habitants. Elle entend poser les bases d'un nouveau système de santé, plus solidaire, plus efficient et plus humain. » (FHF, 2022). La FHF s'appuie sur trois objectifs : améliorer la prise en charge, améliorer la santé, et rendre les dépenses de santé plus efficientes pour réduire les coûts. L'objectif est donc de regrouper tous les acteurs intervenants pour la santé au sens large, en les considérant comme responsables de la santé des populations, au sens moral du terme. La Responsabilité populationnelle des acteurs de la santé est inscrite dans la loi depuis 2019.

Pour cela, la démarche se structure en plusieurs étapes (Annexe 3). Tout d'abord, une population est sélectionnée en fonction d'un territoire, d'une pathologie ou d'une caractéristique, et est stratifiée, c'est-à-dire séparée de manière à construire des profils en fonction de la complexité de leurs pathologies ou des risques de les développer. Ensuite, des parcours adaptés à ces populations et des programmes sont élaborés avec tous les acteurs concernés. Enfin, des expérimentations sont lancées sur certains territoires à partir de ces programmes. À l'heure actuelle, les expérimentations se concentrent sur deux pathologies : le diabète et l'insuffisance cardiaque, et concernent cinq territoires : les Deux-Sèvres, la Haute-Saône, la Cornouaille, l'Aube et le Sézannais, et le Douaisis. Le financement de ces expérimentations s'inscrit dans le cadre de l'Article 51 (FHF, 2022).

3) Pourquoi la Responsabilité populationnelle est-elle intéressante pour penser la prévention dans le cadre des relations ville-hôpital ?

Cette démarche est intéressante pour penser la place de la prévention dans les relations ville-hôpital, puisqu'elle permet de sortir du clivage ville-hôpital qui peut parfois être restrictif car il n'intègre pas les mêmes acteurs selon la manière dont la ville et l'hôpital sont définis. De plus, la vision ville-hôpital ne permet pas de penser la place et le rôle de tous les acteurs de la santé, du médico-social, du social, ainsi que de tous les domaines pour améliorer le bien-être et la santé des populations. En effet, dans une

vision de la santé au sens large et en lien avec les éléments évoqués précédemment concernant la définition globale de l'OMS ou les nouveaux concepts, comme *One Health*, il apparaît pertinent de prendre en compte tous les acteurs pouvant agir sur l'environnement et sur tous les déterminants de la santé. Cette vision de la santé plus globale permet l'intégration et la reconnaissance du rôle de chacun, en ville, à l'hôpital et à tous les niveaux sur les territoires.

La Responsabilité populationnelle implique également de sortir du parcours de soins pour aller vers un parcours de santé impliquant tous les acteurs, mais aussi intégrant la prévention comme partie intégrante de l'amélioration de la santé. En effet, la démarche implique d'agir sur les déterminants de santé. Elle permet de proposer aux personnes à risque un programme de soins et de prévention adapté en s'adaptant à chaque profil. La Responsabilité populationnelle offre aussi un cadre des moyens pour un diagnostic territorial permettant de faire émerger certaines problématiques, pour penser ensuite avec tous les acteurs le moyen d'y répondre, dans une logique de prévention à tous les niveaux.

Les leviers évoqués précédemment associés à ces nouvelles théories permettent de penser différemment les liens ville-hôpital, la prévention, et l'intégration de celle-ci dans le cadre des parcours, offrant ainsi une première réponse aux différentes hypothèses formulées, en prenant en compte les limites méthodologiques de l'analyse.

III. Quelles réponses aux hypothèses en fonction des constats, des leviers évoqués et des limites identifiées ?

Cette analyse permet de confirmer ou infirmer les différentes hypothèses formulées précédemment, en prenant en compte les limites méthodologiques qui peuvent être constatées à la fin de ce travail, pour construire une analyse en réponse à la problématique de départ.

A. Les limites de l'analyse

1) Une vision influencée par les missions d'apprentissage

Tout d'abord, la vision a été influencée par les missions d'alternance. En effet, le poste occupé impliquait nécessairement, comme pour tout autre travail, un biais pour étudier la place de la prévention dans les relations ville-hôpital. Les réponses données par

les professionnels de ville dans le cadre des entretiens ont parfois pu surprendre et modifier l'analyse globale. De plus, les personnes rencontrées et interrogées étaient globalement déjà impliquées dans une démarche de prévention ou dans l'intensification des liens ville-hôpital. Interroger d'autres acteurs moins impliqués sur ces sujets aurait pu offrir une vision encore différente pour compléter l'analyse globale.

Ensuite, le cadre des CHU implique également des biais. En effet, nous avons observé au quotidien la vision des acteurs des CHU, mais le terme « hôpital » désigne aussi de nombreux autres établissements, notamment les CH et les hôpitaux de proximité, qui n'ont pas les mêmes problématiques et parfois pas la même vision. Or, à l'exception de la pharmacienne hospitalière, les professionnels hospitaliers rencontrés ou interrogés dans le cadre des missions d'alternance et des entretiens semi-directifs et exploratoires exerçaient dans des CHU. Ils nous ont donc livré leur vision hospitalière, mais c'est une vision qui ne concerne pas tous les types d'hôpitaux. Il aurait donc été intéressant d'interroger et de rencontrer d'autres professionnels issus de d'autres établissements pour comparer leurs points de vue.

2) Des territoires variés qui ne permettent pas de définir un modèle unique d'analyse

L'analyse aurait pu être enrichie en prenant en compte les spécificités territoriales. En effet, nous avons démontré la territorialisation des politiques publiques, signe que les politiques se construisent en réponse aux besoins des populations, comme évoqué précédemment (Marin, 2017). Chaque territoire a son histoire, ses caractéristiques géographiques et sociales et ses particularités. Les dynamiques entre les acteurs ne sont donc pas les mêmes d'un territoire à l'autre, et ces territoires sont eux-mêmes divisibles en fonction de l'échelle d'analyse. Il n'existe alors pas de modèle unique des relations ville-hôpital ou de l'intégration de la prévention. Par exemple, nous avons présenté dans notre développement la place importante occupée par les CPTS pour mettre en lien la ville et l'hôpital, et favoriser la prévention. À l'échelle nationale, cette affirmation est vraie pour la majorité des territoires, mais il existe tout de même certaines exceptions. Ainsi, le département du Maine-et-Loire, et particulièrement le territoire angevin, est très peu couvert par des CPTS. Il en existe peu, et celles-ci ne sont pas toujours à des niveaux de maturité très avancés. Cela s'explique par le fait que les URPS représentent un acteur important historiquement sur ce territoire, et que les professionnels n'ont pas toujours jugé nécessaire de se regrouper également en CPTS quand celles-ci sont nées. Cet exemple prouve qu'il n'existe pas de modèle unique : tous les territoires ont une forme différente de coopération entre les acteurs, et ce sur différents thèmes.

Nous avons souhaité appréhender le sujet de manière globale, en interrogeant des acteurs issus de plusieurs territoires et de plusieurs établissements. Cependant, la majorité des personnes rencontrées exercent à Angers ou dans les environs. Il aurait donc pu être intéressant d'étudier un territoire en particulier, par exemple la région angevine, ou bien d'effectuer une comparaison entre plusieurs territoires afin de montrer l'impact des singularités territoriales.

3) Une grande variété d'acteurs intervenant dans le cadre de la prévention et des relations ville-hôpital, qui ne sont pas tous représentés ici

Les définitions de la ville et de l'hôpital ont été restreintes au début de l'analyse pour mieux cibler et encadrer le sujet. Il a cependant été démontré que les acteurs intervenant dans un parcours de soins exercent des fonctions très différentes et variées, peuvent être issus du secteur sanitaire comme social ou médico-social, et peuvent être salariés ou libéraux, ou bien issus de structures hospitalières de taille et de formes diverses comme les CHU, les CH, ou encore les hôpitaux de proximité. Dès lors, il paraissait difficile d'interroger toutes les personnes pouvant être concernées. Nous avons souhaité rencontrer différents acteurs, de la ville comme de l'hôpital, et avons donc effectué sept entretiens avec une directrice d'hôpital, un médecin hospitalier, une pharmacienne hospitalière, deux infirmières libérales, une chargée de projet en CPTS et un médecin généraliste. Ces entretiens restent cependant restreints. Il aurait été intéressant d'interroger plusieurs personnes issues du même corps de métier pour comparer leurs réponses, ainsi que d'élargir le type d'acteurs pour échanger sur d'autres sujets. De même, évoquer le point de vue des usagers, par exemple par le biais d'un représentant des usagers, aurait également été pertinent. Ces entretiens additionnels auraient pu être effectués sur une période plus longue.

B. Quelles réponses aux hypothèses ?

1) Réponse à la première hypothèse

Hypothèse 1 : la prévention est partie intégrante du lien ville-hôpital puisqu'elle permet d'optimiser ce lien et de le rendre plus efficace en réduisant les besoins en soins dans un contexte de manque de ressources, grâce à une anticipation de la survenue de pathologies ou complications.

Comme démontré, le système de santé fait face à une série de crises conjoncturelles et structurelles, et notamment à la pénurie des ressources et l'augmentation des besoins en soins du fait du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies

chroniques, menant à des services d'Urgences en tension. Or, la prévention a comme rôle principal d'anticiper ou de réduire les conséquences des maladies pathologies et problèmes de santé divers, et permet donc de réduire les besoins en soins, contribuant ainsi à réduire les coûts liés à la santé. Elle apparaît alors comme un moyen intéressant pour apporter une première réponse à ces crises.

Diminuer les tensions sur le système de santé permet alors aux professionnels de consacrer plus de temps à la prévention, puisque le manque de temps a été cité par les différents acteurs interrogés comme l'un des obstacles principaux pour faire de la prévention, ce qui permet de réduire encore les besoins en soins. Cela créerait un cercle vertueux, permettant à terme de manière utopique, de ne plus se concentrer uniquement sur la réponse à l'urgence. Dès lors, le lien ville-hôpital serait optimisé puisque plus de temps pourrait être consacré à intensifier encore ces coopérations. L'hypothèse est donc confirmée, dans le cas où les gains de temps et de moyens permis par la prévention sont utilisés pour intensifier les relations ville-hôpital.

Les conséquences positives de la prévention sur les besoins en soins, bien qu'ayant été prouvées de nombreuses fois, sont cependant difficiles à évaluer, à visualiser et à quantifier.

2) Réponse à la deuxième hypothèse

Hypothèse 2 : La prévention est partie intégrante du lien ville-hôpital puisqu'elle oblige la ville comme l'hôpital à travailler en lien du fait de leur complémentarité sur le sujet.

Nous avons démontré à partir des lectures, observations et entretiens, que la ville et l'hôpital n'avaient pas le même rôle en termes de prévention. La ville est plutôt amenée à faire de la prévention primaire, et bénéficie d'un contact plus direct, régulier, pour échanger avec des personnes différentes. Les professionnels de ville ont donc une très bonne connaissance de leur territoire et des populations. L'hôpital, quant à lui, intervient en deuxième ou troisième recours. Les professionnels des hôpitaux sont plutôt amenés à rencontrer des patients déjà atteints d'une pathologie, et sont donc plus pertinents pour faire de la prévention secondaire ou tertiaire, plus ciblée en fonction du problème de santé, de la pathologie, et du patient.

Bien que ces frontières restent poreuses, les professionnels de la ville et de l'hôpital sont donc complémentaires pour une prévention la plus complète possible. Mais même si de plus en plus de projets pour favoriser la prévention mettent en lien la ville et l'hôpital, ils ne représentent pas une majorité. Globalement, la ville et l'hôpital communiquent

principalement au sujet de soins curatifs, et la prévention ne représente pas toujours une priorité pour les acteurs, principalement par manque de temps. L'hypothèse n'est donc pas confirmée en tant que telle car la prévention n'oblige pas directement la ville et l'hôpital à travailler ensemble. Un lien ville-hôpital invisible existe cependant réellement grâce à la prévention du fait de cette complémentarité de la ville et de l'hôpital sur le sujet, qui sont dépendants l'un l'autre pour favoriser une prévention complète, et assurer ainsi la santé et le bien-être des populations.

3) Réponse à la troisième hypothèse

Hypothèse 3 : la prévention est partie intégrante du lien ville-hôpital puisqu'elle permet de remettre le patient au cœur de son parcours en le rendant acteur de sa santé lors de ses contacts avec la ville et avec l'hôpital, dans le cadre de son parcours de soins.

Cette idée de mettre le patient au centre de son parcours et de sa santé a été citée plusieurs fois par les acteurs interrogés, en lien avec le fait que la réponse aux besoins de la population soit devenue le principal objectif du système de santé. Dans cette optique, il apparaît en effet important que le patient puisse participer à construire son parcours personnalisé en fonction de ses besoins propres. La complexification des parcours peut être difficile à appréhender pour les professionnels, mais aussi et surtout pour le patient. Intensifier les relations ville-hôpital peut donc permettre de rendre les liens entre les professionnels et le partage d'information plus fluides, facilitant ainsi les parcours de soins, pour que le patient puisse le comprendre, y prendre part et ainsi être acteur de sa santé.

La prévention permet également au patient d'être acteur de sa santé puisqu'elle le responsabilise en lui donnant la possibilité d'agir, et aide à prendre conscience des nombreux déterminants de santé. Le patient n'est alors plus dans une position passive où il reçoit des soins après l'apparition d'un problème de santé, mais occupe un rôle actif pour préserver et améliorer sa santé.

La prévention permet donc de rendre le patient acteur de sa santé dans le cadre de son parcours de soins, et ce face à tous types de professionnels en ville comme à l'hôpital. Dès lors, nous pouvons considérer que la prévention remet bien le patient au centre de son parcours, et donc qu'elle est partie intégrante du lien ville-hôpital, confirmant ainsi la troisième hypothèse.

4) Réponse à la quatrième hypothèse

Hypothèse 4 : La prévention est partie intégrante du lien ville-hôpital puisqu'elle s'inscrit dans la dynamique d'évolution du parcours de soins vers le parcours de santé.

Le parcours de soins selon les définitions institutionnelles et la vision de certains acteurs, désigne un parcours centré sur les soins curatifs. Il met en lien tous les professionnels intervenant dans la prise en charge des patients dans une logique curative. Il s'est construit dans la logique d'un système de santé centré sur l'idée de réponse aux besoins des populations, mais aussi pour mieux coordonner et organiser les ressources afin de répondre aux différentes crises rencontrées.

Nous avons constaté que le terme de parcours de santé est de plus en plus cité par les différents acteurs, et utilisé par les pouvoirs publics. Il est défini comme un parcours dépassant le cadre simplement curatif pour prendre en compte la santé de manière plus globale. Ainsi, les personnes interrogées évoquent l'idée d'intégrer la prévention dans ce parcours. Les définitions officielles incluent également la prévention dans le concept de parcours de santé. En fait, cette évolution correspond à une évolution de la notion de santé et des personnes pertinentes pour agir, en lien avec la définition globale de l'OMS qui affirme que la santé n'est pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité mais bien un état global de bien-être. Prévoir un parcours de santé, c'est donc faire travailler ensemble tous les acteurs autour de la santé et du bien-être du patient, en ville comme à l'hôpital, en envisageant la santé de manière plus large que les simples soins curatifs, et en pensant l'organisation de l'amont et de l'aval d'une hospitalisation : la prévention y a alors toute sa place.

Notre analyse a permis de montrer que les liens ville-hôpital étaient intensifiés par la construction de ces parcours pour les raisons évoquées en première partie. Or, la transition du parcours de soins vers le parcours de santé plusieurs fois observée intègre la prévention au sein des parcours. Dans ce cadre, la prévention est alors partie intégrante des relations ville-hôpital, confirmant ainsi notre hypothèse.

C'est ainsi que le ministère de la santé définit le parcours de soins, le parcours de santé, mais aussi le parcours de vie, qui intègre également la prise en compte de l'environnement du patient, en termes géographiques ou sociaux par exemple (Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités, 2024b). Cela prouve l'évolution de la vision des prises en charge et de la santé, pour une prise en compte plus globale des déterminants de la santé et des acteurs intervenants, dans la continuité des évolutions et des courants de pensée tels que *One Health, Making Every Contact Count*, ou encore la démarche de responsabilité populationnelle.

CONCLUSION

La prévention est donc partie intégrante des relations ville-hôpital sur plusieurs aspects. Tout d'abord, elle réduit les besoins en soins, permettant de dégager du temps, de réduire les coûts, et ainsi d'augmenter les moyens afin d'intensifier les liens ville-hôpital. Ensuite, la prévention met en valeur la complémentarité de la ville et de l'hôpital sur le sujet, puisqu'ils n'ont pas les mêmes missions ni le même rapport avec les populations et les territoires, et n'agissent donc pas de la même manière pour faire de la prévention. La prévention permet aussi de rendre le patient acteur de son parcours de et sa santé en lui donnant la possibilité de mieux comprendre les déterminants de santé lors de ses échanges avec les professionnels de ville et de l'hôpital. Enfin, la prévention s'inscrit dans le cadre de l'évolution du parcours de soins, centré sur les soins curatifs, vers le parcours de santé, qui prend en compte la dimension de prévention dans une vision plus globale de la santé.

L'étude de la place de la prévention au sein des relations ville-hôpital a permis de mettre en avant l'évolution de la perception du système de santé et de ses acteurs. Les relations ville-hôpital s'intensifient pour construire des parcours, faisant intervenir les professionnels de la ville, de l'hôpital, mais aussi du médico-social et du social. Certains courants de pensée intègrent même les institutions, les collectivités, les entreprises, et tous les acteurs de la société civile comme ayant un rôle et une responsabilité pour améliorer le bien-être et la santé des populations. La prévention, quant à elle, s'inscrit dans le cadre d'une vision élargie de la santé, non pas centrée uniquement sur les soins curatifs, mais prenant en compte l'anticipation d'un problème de santé ainsi que le bien-être global des populations. Ici aussi, certaines théories, comme *One Health*, élargissent le concept en intégrant la santé animale et environnementale comme faisant partie de la santé globale. De plus, la mondialisation et les échanges nombreux entre les pays du monde impliquent une appréhension globale de la santé, comme nous l'a prouvé la pandémie Covid en 2020, puisque les virus traversent les limites géographiques et que les problématiques sont les mêmes partout.

Il semble alors que l'évolution de l'offre et des besoins en santé implique d'abaisser les frontières et de ne plus penser le système de santé de manière cloisonnée, mais plutôt comme un écosystème où chaque élément s'intègre dans un cadre plus global, pour gagner en efficacité, en efficience, et répondre au mieux aux défis du XXI^e siècle.

Bibliographie

ARTICLES SCIENTIFIQUES

Abord de Chatillon, E., Chakor, T. & Commeiras, N. (2022). Santé au travail dans les métiers du soin: Panorama de la recherche francophone sur la santé au travail dans les métiers du soin (introduction au dossier spécial). *@GRH*, 42, 13-33.

Alla, F. & Cambon, L. (2018). L'Hôpital, acteur de la promotion de la santé et de la prévention ?. *Santé Publique*, 30, 5-6.

Alla, F., Cambon, L. & Chauvin, F. (2018). Prévention et promotion de la santé : de quoi parle-t-on ? . *Actualité et dossier en santé publique*, 103, 9-11.

Bontemps, G. (2022). De quoi parle-t-on ? Définition et approches sémantiques du virage ambulatoire. *ADSP*, 118, 11-14.

Cargnello-Charles, E. & Franchistéguy-Couloume, I. (2019). Le parcours de soins, un levier vers une intégration des soins ?. *Management & Prospective*, 36, 69-89.

Déplaud, M. (2009). Instituer la « sélection » dans les facultés de médecine. Genèse et mise en œuvre du *numerus clausus* de médecine dans les années 68. *Revue d'histoire de la protection sociale*, 2, 79-100.

Dormont, B. (2020). « Il faut rompre avec la gestion séparée de l'hôpital et de la médecine de ville ». *Alternatives Économiques*, 405, 70-73.

Duchesne, V. (2018). L'agence, le contrat, l'incitation. Les Agences régionales de santé fer-de-lance administratif de la politique de santé. *Journal de gestion et d'économie médicales*, 36, 159-180.

Fulconis, F. & Joubert, J. (2017). Compétitivité et réseau public d'offre de soins : des Communautés Hospitalières de Territoire aux Groupements Hospitaliers de Territoire. *Management & Avenir*, 93 (3), 37-63.

Marin, P. (2017). Le renversement du système de santé en France. *Cahiers de la fonction publique*, 374, 58-63.

Hassenteufel, P., Naiditch, M. & Schweyer, F. (2020). Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées. Avant-propos. *Revue française des affaires sociales*, 11-31.

Raude, J. (2013). Les stratégies et les discours de prévention en santé publique : paradigmes et évolutions. *Communication & langages*, 176, 49-64.

Tenand, M. (2014). Vieillesse démographique : la hausse des dépenses de santé est-elle inexorable ?. *Informations sociales*, 183, 74-82.

OUVRAGES ET CHAPITRES

Bergeron, H. (2010). Chapitre 3 / Les politiques de santé publique. Dans : Olivier Borraz éd., *Politiques publiques 2: Changer la société* (pp. 79-111). Paris: Presses de Sciences Po.

Duran, P. (2020). Territorialisation. Dans : Romain Pasquier éd., *Dictionnaire des politiques territoriales* (pp. 529-537). Paris: Presses de Sciences Po.

Marin, P. (2020). Chapitre 8. La lente maturation du système de santé en France. Dans : Jacques Raimondeau éd., *Manuel de santé publique* (pp. 231-256).

OCDE. (2021). Mortalité évitable (par prévention et traitement), *Health at a Glance 2021 : OECD Indicators*, Editions OCDE, Paris.

OCDE. (2023). Dépenses de santé au titre des soins primaires. *Panorama de la santé 2023 : Les indicateurs de l'OCDE*, Editions OCDE, Paris.

Planel, M. & Varnier, F. (2017). *Les fondements du virage ambulatoire, Pour une réforme de notre système de santé*. Hyg e Editions.

Vigneron, E. (2017). *L'Hôpital et le Territoire. De la Coordination aux GHT : une histoire pour le temps présent*. Paris : SPH  ditions.

ÉTUDES ET RAPPORTS

Chaput, H., Fressard, L., Monziols, M., Ventelou, B., Verger, P., Zaytseva, A. (2019). Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. *DREES, études et Résultats*, 1113.

Cour des Comptes. (2018). Chapitre V, Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital. *ccomptes.fr*.

Degremont, M., Kuhn-Lafont, A., Johnson Le Loher, C. & Saranga, K. (2023). Quand les babyboomers auront 85 ans, Projections pour une offre d'habitat adapté à l'horizon 2030-2050. *Haut-commissariat au Plan & Les études de Matières grises*, 6.

DREES. (2020). 13- Comparaisons internationales des dépenses hospitalières. *Les dépenses de santé en 2019, Résultats des comptes de la santé, édition 2020*, 72-75.

FHF. (2024a). Sport & Santé, 24 propositions pour placer la prévention au cœur des politiques publiques. *fhf.fr*.

HAS. (2018). Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP), Présentation générale. *Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives*, *has-sante.fr*.

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. (s.d.). HPST, Une ambition nécessaire pour préserver notre système de santé. *sante.gouv.fr*.

Papon, S. (2019). Les gains d'espérance de vie se concentrent désormais aux âgés élevés. *Insee Focus*, 157.

Public Health England, NHS England & Health Education England. (2016). Making Every Contact Count (MECC) : Consensus statement. *england.nhs.uk*.

TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES

LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires – Légifrance. *legifrance.gouv.fr*.

LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) – Légifrance. *legifrance.gouv.fr*.

TRIBUNES ET CHRONIQUES

Al-Maskari, F. (s.d.). Les maladies liées au mode de vie : un fardeau économique pour les services de santé. *Chronique ONU, Nations Unies*.

Descatha, A., Jaglin-Grimonprez, C. & Schnebelen, C. (2024). « La prévention à l'hôpital doit être l'affaire de toutes et tous, patients compris ». *Le Monde*.

Simard, D. (2023). Santé : « En France, la culture de la prévention n'est clairement pas acquise ». *Le Monde*.

SITOGRAPHIE

ARS. (2023). La médecine de ville. *ars.sante.fr*.

Conférence des DG de CHRU (s.d.). La Conférence. *dg-chru.fr*.

FHF. (2022). La FHF en action, Responsabilité populationnelle : tous acteurs de notre santé !. *fhf.fr*.

FHF. (2024b). Inauguration du salon SANTEXPO de la FHF – Discours inaugural d'Arnaud ROBINET, Président de la FHF. *fhf.fr*.

Haute autorité pour la transparence de la vie publique (s.d.). Lobbying, tout savoir sur la représentation d'intérêt. *hatvp.fr*.

Ined. (2023). Espérance de vie – Espérance de vie à la naissance en Europe et autres pays développés de l'OCDE. *ined.fr*.

Insee. (2019). Population par âge. *Tableaux de l'économie française Edition 2019, Insee Références*.

Insee. (2020). Natalité – Fécondité. *Tableaux de l'économie française Edition 2020, Insee Références*.

Insee. (2021). Soins ambulatoires. *Insee Définitions*.

Insee. (2023). Densité des médecins généralistes – Pour 100.000 habitants – France. *Insee, Séries chronologiques*.

Institut national de santé publique du Québec. (s.d.). Responsabilité populationnelle. *inspq.qc.ca*.

Larousse. (s.d.). Prévention. *larousse.fr*.

Le Robert. (s.d.). Hôpital. *Dico en ligne Le Robert*.

Merceron, A. (2019). « 85% des français interrogés souhaitent vieillir à domicile ». *Entretien IFOP, ifop.com*.

Ministère de la transformation et de la fonction publiques. (2023). Santé au travail – Définitions et principes. *fonction-publique.gouv.fr*.

Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. (2017). Le groupement de coopération sanitaire – GCS. *sante.gouv.fr*.

Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. (2022). Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). *sante.gouv.fr*.

Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. (2024a). Le solde des comptes de la sécurité sociale en 2023 s'établit à -10,8 milliards d'euros. *sante.gouv.fr*.

Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités (2024b). Parcours de santé, de soins et de vie, Une approche globale au plus près des patients. *sante.gouv.fr*.

OMS. (2022). Vieillesse et santé. *who.int*.

OMS. (2023). Maladies non transmissibles. *who.int*.

OMS. (s.d.). L'OMS demeure fermement attachée aux principes énoncés dans le préambule de sa Constitution. *who.int*.

Vie Publique. (2022). Qu'est-ce qu'un désert médical et comment les pouvoirs publics y répondent-ils ?. *vie-publique.fr*.

Vie Publique. (2023). Qu'est-ce qu'un établissement de santé ?. *vie-publique.fr*.

SUPPORTS AUDIOVISUELS

Le Monde. (2022). Pourquoi y a-t-il une pénurie de médecins en France ?. *Le Monde, youtube.com*.

RESSOURCES PROFESSIONNELLES

Discours d'inauguration de SANTEXPO 2024 par Catherine VAUTRIN.

Liste des annexes

Annexe 1 : Tableau des entretiens

Annexe 2 : Grille d'entretien

Annexe 3 : Schéma des différentes étapes pour développer la démarche de responsabilité populationnelle en France

ANNEXE 1 : TABLEAU DES ENTRETIENS

	Fonction	Date	Durée	Moyen
Entretien 1	Directrice d'hôpital dans un CHU	17/05/2024	40 minutes	Visioconférence
Entretien 2	Médecin hospitalier dans un CHU	06/06/2024	40 minutes	En présentiel
Entretien 3	Chargée de projet dans une CPTS	24/06/2024	55 minutes	Appel téléphonique
Entretien 4	Infirmière à domicile	24/06/2024	20 minutes	Appel téléphonique
Entretien 5	Infirmière à domicile	27/06/2024	20 minutes	Appel téléphonique
Entretien 6	Pharmacienne hospitalière dans un CH	19/07/2024	40 minutes	Appel téléphonique
Entretien 7	Médecin généraliste et président d'une CPTS	30/07/2024	35 minutes	Appel téléphonique

ANNEXE 2 : GRILLE D'ENTRETIEN

Se présenter

Présenter la démarche, le mémoire, la problématique

Demander l'autorisation d'enregistrer et de citer

Question 1 : Pouvez-vous vous présenter ? Présenter votre parcours ?

VILLE-HÔPITAL

Question 2 : Pouvez-vous me donner votre définition du lien ville hôpital ?

Question 3 : Quels sont les points indispensables selon vous pour que le lien ville hôpital soit effectif ?

Question 4 : Qu'est-ce qui peut être bloquant selon vous ? Pourquoi ? Des exemples ?

Question 5 : Y a-t-il selon vous des bénéfices à entretenir les relations entre la ville et l'hôpital ? Si oui, lesquels ?

Question 6 : Différenciez-vous parcours de soins et parcours de santé ?

PRÉVENTION

Question 7 : Pouvez-vous me donner votre définition du mot prévention ?

Question 8 : Quelle importance lui donnez-vous ?

Question 9 : Y a-t-il selon vous des bénéfices pour les patients ? Pourquoi ? Lesquels ?

Question 10 : Quels sont les acteurs les mieux indiqués pour faire de la prévention selon vous ? Pourquoi ?

LIEN ENTRE PRÉVENTION ET RELATIONS VILLE-HÔPITAL
--

Question 11 : Quelle est pour vous la place de la prévention dans les relations entre la ville et l'hôpital ?

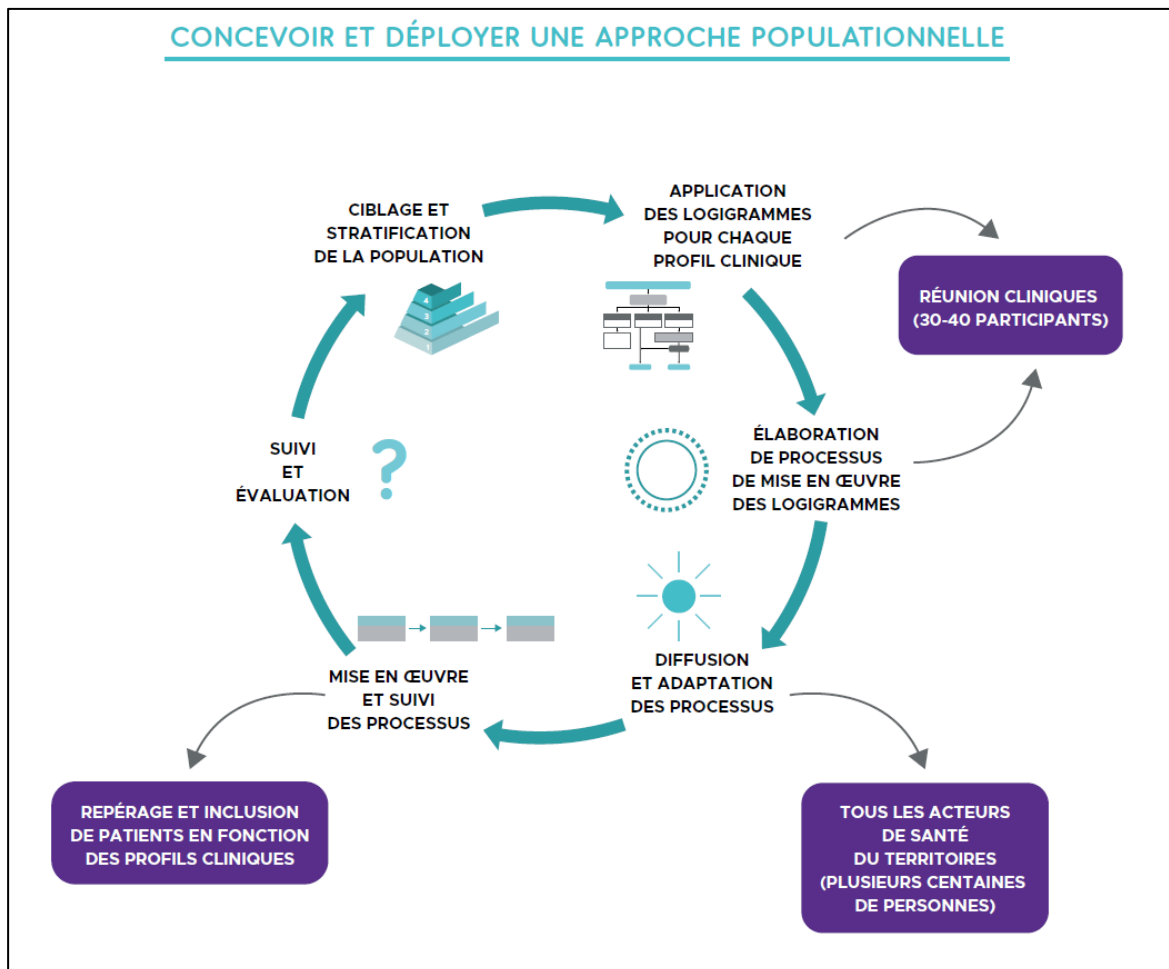
Question 12 : Quelle place pour les tutelles dans la relation ville-hôpital selon vous ? (ARS, CPAM,...)

Question 13 : Et dans la prévention ?

Question 14 : Des idées de choses innovantes pour favoriser la prévention dans le cadre des relations entre la ville et l'hôpital ?

Question 15 : Y a-t-il d'autres éléments que vous pensez important de me partager ?

ANNEXE 3 : SCHÉMA DES DIFFÉRENTES ÉTAPES POUR DÉVELOPPER LA DÉMARCHE DE RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE EN FRANCE



Source : La FHF en action : Responsabilité populationnelle : tous acteurs de notre santé !, *fhf.fr*

TANGUY	Inès	09/09/2024
Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique Promotion 2023-2024		
LA PLACE DE LA PRÉVENTION AU SEIN DES RELATIONS VILLE-HÔPITAL : CONSTATS, LEVIERS ET PERSPECTIVES		
<p>Résumé :</p> <p>Les relations ville-hôpital se développent dans le cadre de la construction de parcours de soins mettant en relation tous les acteurs intervenant sur un territoire. Ces parcours sont apparus du fait des évolutions de l'offre et des besoins en soins, ainsi que des nombreuses crises rencontrées par le système de santé français. Celui-ci se construit progressivement autour d'une logique de réponse à la demande plutôt que d'organisation de l'offre, avec des politiques publiques territorialisées, c'est-à-dire adaptées aux spécificités territoriales.</p> <p>La prévention se voit également accorder une place de plus en plus importante du fait de l'évolution de la définition donnée au mot « santé », et des effets positifs de la prévention pour améliorer la santé de la population et offrir une première réponse aux différentes crises. Étant donné son aspect transversal, elle implique tous les acteurs du parcours. Dès lors, sa place dans les relations ville-hôpital est intéressante à étudier. En effet, elle n'est pas la raison principale des collaborations entre la ville et l'hôpital, mais elle contribue à les améliorer et à les rapprocher du fait des rôles complémentaires de ceux-ci sur le sujet. La prévention est aussi un moyen de remettre le patient au cœur de son parcours en y associant la ville et l'hôpital.</p> <p>Plus largement, intégrer la prévention dans les parcours veut dire penser un parcours de soins qui n'intègre pas seulement la ville et l'hôpital, mais bien tous les acteurs de la santé, et qui ne se concentre pas uniquement sur les soins curatifs, mais prend en compte la santé dans son ensemble. Cette idée s'inscrit dans la logique d'évolution des parcours de soins vers les parcours de santé, et même vers les parcours de vie, pour sortir des cloisonnements qui ont longtemps façonné le système de santé et penser la santé de manière globale.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Ville – Hôpital – Prévention - Parcours de soins – Territoires</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		