



**ENSP**

ECOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

– 2007 –

**« LA PLACE DE L'HOPITAL DANS UN RESEAU DE  
PROXIMITE DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR  
LA SANTE »**

– Groupe n°26

**Assife AHAMEDALLY  
Soazic BOISSEAU  
Muriel COLOMBO  
Franck DESTON  
Edouard DOUHERET  
Julien EYMARD**

**Edouard GALLAND  
Houria GIL  
Franck HILTON  
Jean-Christophe JOUIN  
Nadia KERNAFIA  
Agnès MEILLIER-PEYRAUD**

*Animateur*

– *Jean-François  
DODET*

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Des missions de prévention de l'hôpital récemment réaffirmées .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Un arsenal juridique complété par des indicateurs pertinents .....</b>	<b>3</b>
1.1.1 Un arsenal juridique évolutif .....	3
1.1.2 Des indicateurs adossés à la politique de santé publique.....	5
<b>1.2 Le champ de la prévention.....</b>	<b>6</b>
1.2.1 Les trois différentes étapes de prévention .....	6
1.2.2 L'éducation pour la santé (EPS) : .....	7
1.2.3 La prévention populationnelle : .....	8
1.2.4 Les acteurs par territoire .....	8
<b>1.3 L'hôpital, moteur ou partenaire au cœur de la prévention : des expériences locales, impliquant des acteurs multiples, où la coordination apparaît déterminante au sein d'un territoire de proximité .....</b>	<b>10</b>
1.3.1 Résultats des recherches documentaires.....	10
1.3.2 Résultats des entretiens menés auprès d'établissements de santé.....	11
<b>2 Quels sont les moyens de l'hôpital pour assurer cette mission de prévention et d'éducation pour la santé? .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 La mise en œuvre des actions de prévention.....</b>	<b>16</b>
2.1.1 Des structures et des outils à disposition de l'hôpital. ....	16
2.1.2 Différents financeurs pour des actions de santé publique ciblées .....	19
<b>2.2 L'hôpital : un partenaire essentiel de la prévention qui assume ponctuellement un rôle moteur .....</b>	<b>21</b>
2.2.1 L'hôpital : un partenaire essentiel de la prévention et de l'éducation pour la santé.....	22
2.2.2 L'hôpital assume ponctuellement un rôle moteur en matière de prévention et d'éducation pour la santé .....	24
<b>3 Propositions.....</b>	<b>26</b>
<b>3.1 Propositions d'amélioration du dispositif existant.....</b>	<b>26</b>
3.1.1 Rationaliser le fonctionnement des réseaux.....	26
3.1.2 Améliorer la coordination des acteurs de proximité.....	26
3.1.3 Clarifier l'utilisation ciblée des MIGAC .....	27
<b>3.2 Des modifications d'envergure s'avèrent nécessaires.....</b>	<b>27</b>

3.2.1	L'évolution vers des ARS pour une meilleure articulation SROS / PRSP.....	27
3.2.2	Adapter la contractualisation des moyens pour prendre en compte les besoins du territoire de santé en matière de prévention. ....	28
	<b>Conclusion.....</b>	<b>29</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>31</b>
	<b>Documents annexes uniquement joint au rapporteur du groupe</b>	

---

# Remerciements

---

Les remerciements du groupe vont tout d'abord à M Jean-François Dodet qui a proposé le thème pour le module interprofessionnel et est venu le présenter au cours de la première journée.

Ils vont ensuite à toutes les personnes qui nous ont reçu en entretien ou ont répondu par téléphone à nos questions.

---

## Liste des sigles utilisés

---

**ADMR** : association d'Aide à Domicile en Milieu Rural  
**ANPA** : Association Nationale pour la Prévention de l'Alcoolisme  
**ARH** : Agence Régionale de l'Hospitalisation  
**ARHIF** : Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France  
**CH** : Centre Hospitalier  
**CHIC** : Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil  
**CHRS** : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale  
**CLIC** : Centre Local d'Information et de Coordination  
**CORES** : Comité Régional d'Education pour la Santé  
**CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
**CPOM** : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens  
**CRUQPC** : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de prise en Charge  
**DAP** : Direction de l'Administration Pénitentiaire  
**DDASS** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales  
**DGAS** : Direction Générale des Affaires Sociales  
**DGS** : Direction Générale de la Santé  
**DHOS** : Direction de l'Hospitalisation et de L'Organisation des Soins  
**DRASS** : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales  
**DSS** : Direction de la Sécurité Sociale  
**FAQSV** : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville  
**FNES** : Fédération Nationale d'Education pour la Santé  
**GCS** : Groupement de Coopération Sanitaire  
**GRETAC** : Groupe de Recherche en Thérapeutique Anticancéreuse  
**GRSP** : Groupement Régional de Santé Publique.  
**HCSP** : Haut Conseil de la Santé Publique  
**INPES** : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé  
**IST** : Infection Sexuellement Transmissible  
**MCO** : Médecine Chirurgie Obstétrique  
**MIGAC** : Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation  
**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé  
**ONDAM** : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie  
**PASS** : Permanence d'Accès aux Soins  
**PMI** : Protection Maternelle et Infantile  
**PRAPS** : Plan Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

**PRSP** : Programme Régional de Santé Publique

**RDVO** : Réseau diabète du Val d'Oise

**RSSPCC** : Réseau sanitaire et social de pratiques coopératives de Créteil

**SROS** : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

**UCSA** : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires

**URCAM** : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

**URML** : Union Régionale des Médecins Libéraux

## Introduction

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique organise et renforce la place de la prévention et de l'éducation pour la santé. Le législateur constate alors que de fortes inégalités existent sur le territoire national en matière de santé publique, inégalités qui perdurent, près de trois ans après, sur des espaces identifiés aussi bien ruraux qu'urbains. La réduction des inégalités en santé suppose un meilleur accès aux soins ainsi qu'un élargissement de la gamme d'actions de prévention.

Le système de santé français a longtemps été un système presque exclusivement curatif. La part du soin et le rôle de l'hôpital en la matière restent très prégnants. Avant la loi de 2004, le précédent texte d'envergure de « prévention » remontait à 1902<sup>1</sup>, il présentait une approche hygiéniste, populationnelle et préventive de la santé publique. Profondément marqués par leur tradition curative, les établissements publics de santé (EPS) développent aujourd'hui leurs missions de prévention de façon inégale et parcellaire. Pourtant, un certain nombre d'équipements sanitaires, notamment des hôpitaux généraux ou locaux, des maisons médicales sont aujourd'hui impliqués dans la définition de projets médicaux de territoires (PMT), qui viennent étayer utilement les objectifs de santé publique mentionnés dans le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS). Le potentiel représenté par ces lieux de soins de proximité invite à s'interroger sur une implication accrue de l'hôpital dans la prévention. Les liens entre prévention et hôpital tendent aujourd'hui à se renforcer pour deux raisons : la première, d'ordre structurel, est l'hospitalo-centrisme toujours puissant : l'hôpital public qui conjugue la permanence des soins et la gratuité avec une forte technicité conserve un caractère de recours, notamment en zone rurale ; la deuxième, d'ordre clinique, renvoie à l'histoire naturelle des maladies et au vieillissement de la population : chez un patient, le cumul de pathologies chroniques tels que le diabète, l'hypertension et l'obésité appelle une prise en charge protéiforme, alternant traitement et actions de prévention.

Pourtant, l'hôpital cherche encore sa place, tantôt moteur, tantôt partenaire associé à différents degrés, dans un système préventif nouvellement mis en place. Aux CH de Dreux, Decize, Plouguernevel et Houdan, de nombreuses initiatives mises en lumière dans notre étude traduisent une réelle volonté des acteurs locaux de réaliser des

actions de prévention ciblées et adaptées à leur territoire, mais, au niveau national, l'hôpital n'occupe pas systématiquement une place privilégiée dans les dispositifs de prévention dans le cadre de réseaux de proximité. En France, la recherche de l'échelon de prise en charge le plus pertinent en matière de prévention primaire, secondaire ou tertiaire et d'éducation thérapeutique sur un territoire donné reste un défi de santé publique à relever. Notre étude ne retient pas le terme de réseau dans son acceptation juridique. Elle l'entend dans un sens plus large comme un maillage d'acteurs locaux et de structures de santé multiples plus ou moins bien intégrés et coordonnés.

Quelle place peut ou devrait occuper l'hôpital dans un réseau de proximité, de prévention et d'éducation pour la santé ? Quels sont les moyens financiers, matériels et humains dont il dispose en regard ? Dans quelle mesure l'environnement physique et social d'un hôpital influence-t-il sa participation à des actions de prévention ?

Depuis quelques années, le champ des missions de prévention de l'hôpital s'est élargi tout en devenant plus précis, sous l'effet notamment des textes réglementaires, et implique un nombre accru d'acteurs locaux et de professionnels de santé (I). En rupture avec une tradition essentiellement curative, l'hôpital apparaît également contraint par de faibles financements, dans un contexte de tarification à l'activité et de retour exigé sur investissement (II). Il conviendra alors d'identifier, à la lumière des moyens qui lui sont alloués, son rôle précis dans un maillage territorial en tant que moteur ou acteur associé puis de formuler des propositions visant à valoriser les actions ciblées de l'hôpital dans son contexte, en matière de prévention et d'éducation pour la santé (III).

---

<sup>1</sup> Loi du 15 février 1902 sur l'hygiène publique. Sa mise en œuvre s'est traduite par l'éclosion de nombreux dispensaires antituberculeux et antivénéériens sur le territoire de la République.



# **1 Des missions de prévention de l'hôpital récemment réaffirmées**

## **1.1 Un arsenal juridique complété par des indicateurs pertinents**

### **1.1.1 Un arsenal juridique évolutif**

Selon le CSP le service public hospitalier « concourt aux actions de médecine, de prévention et d'éducation pour la santé et à leur coordination ». Par ailleurs, il indique que ces établissements « participent à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention »<sup>2</sup>.

Les autorités publiques ont été sensibilisées aux enjeux de la santé publique suite à l'émergence de fléaux nouveaux (SIDA, ESB) et à la prise de conscience de l'impact des facteurs environnementaux et comportementaux sur la santé. Par ailleurs, le poids croissant des dépenses de santé dans les dépenses publiques, oblige à redéfinir les priorités de santé publique. Ces préoccupations, communes à de nombreux pays, ont donné lieu à l'adoption le 21 novembre 1986 de la Charte pour la promotion de la santé à Ottawa.

La réforme structurelle engagée par les Ordonnances du 24 avril 1996<sup>3</sup> et la loi du 1<sup>er</sup> Juillet 1998<sup>4</sup> a également constitué une étape importante dans la réforme de la politique de santé publique.

#### **A) La création des schémas régionaux d'éducation pour la santé**

---

<sup>2</sup> Article L.6111-1 du Code de la Santé Publique

<sup>3</sup> Création des Conférences de Santé et des programmes Régionaux de Santé

En application du Plan national d'éducation pour la santé<sup>5</sup>, le Schéma régional d'éducation pour la santé organise, au sein d'un territoire donné, avec et pour les populations, un service public d'éducation pour la santé, utilisant les compétences et les dynamiques locales qui existent afin de les aider à s'inscrire dans les politiques régionales de santé, leur permettre de se coordonner entre elles, leur donner les moyens politiques, institutionnels, organisationnels et financiers nécessaires au développement de leurs actions.

La loi du 4 mars 2002<sup>6</sup> a complété le dispositif en matière de prévention et d'organisation régionale de la santé en introduisant une définition de la prévention dans le CSP et en créant l'INPES.

#### B) L'évolution de la planification du système de soins.

Le SROS, initié en 1991 et modifié en 1996, remplace définitivement la carte sanitaire depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003 et a comme objectifs d'une part, d'assurer une organisation sanitaire territoriale et d'autre part, de veiller à ce que cette organisation des soins réponde aux objectifs de santé publique. La prise en compte des « soins préventifs, curatifs et palliatifs à partir des « besoins de santé de la population », permet au SROS de placer la dimension de santé publique comme principe fondateur de son action. Les établissements et professionnels de santé s'accordent entre eux, à travers le Projet Médical de Territoire, sur les actions concrètes et précises permettant de traduire les orientations du SROS, notamment en matière de coopérations.

#### C) A loi de santé publique du 9 août 2004

La loi du 9 août 2004 de santé publique succède à l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et maintient la Conférence nationale de santé, chargée de conseiller le gouvernement par des analyses et des propositions qui font l'objet d'un rapport annuel et les conférences régionales de santé.

---

<sup>4</sup> Loi n°98-535 du 1<sup>er</sup> Juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme

<sup>5</sup> Circulaire n° DGS/SD6/2001/504 du 22 Octobre 2001 relative l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé définissant la méthodologie d'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé mis en place à partir de 2002, en application du plan national d'éducation pour la santé (Février 2001).

<sup>6</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Elle affirme la responsabilité de l'Etat à qui il appartient de définir la politique de santé tous les 5 ans selon des objectifs pluriannuels. Par ailleurs elle donne lieu à la création du HCSP, du Comité national de santé publique, de l'Institut national du cancer et des GRSP. La loi définit le PRSP comme l'outil majeur de la politique de santé publique en région. Arrêté par le préfet de région, il est composé de programmes et d'actions permettant d'atteindre les objectifs régionaux de santé et de décliner au niveau régional les programmes nationaux de santé publique.

La contribution de la loi du 13 août 2004 sur l'organisation et le fonctionnement du système de santé est en lien étroit avec d'autres lois (bioéthique, Assurance maladie...). La loi réformant l'assurance maladie<sup>7</sup> indique que «l'Etat, qui définit les objectifs de la politique de santé publique, garantit l'accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire. En partenariat avec les professionnels de santé, les régimes d'assurance maladie [...] concourent à la réalisation des objectifs de la politique de santé publique définis par l'Etat. »<sup>8</sup>

Elle met également en place la HAS qui a notamment pour mission « d'évaluer la qualité et l'efficacité des actions ou programmes de prévention, notamment d'éducation pour la santé, de diagnostic ou de soins. ».

Enfin, cette loi crée la mission régionale de santé, entre l'ARH et l'URCAM, « qui apporte son appui, en tant que de besoin, aux programmes de prévention mis en œuvre par le GRSP<sup>9</sup> ».

### **1.1.2 Des indicateurs adossés à la politique de santé publique**

La loi du 9 août 2004 définit 100 objectifs de santé publique évalués à partir d'indicateurs de suivi. Pour atteindre ces objectifs, cinq plans nationaux sont prévus pour la période 2004-2008 concernant la lutte contre le cancer, la lutte contre la violence, les comportements à risques et les pratiques addictives, la santé et l'environnement, la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et la prise en charge des maladies rares.

---

<sup>7</sup> Loi n° 2004-810 du 13 août 2004

<sup>8</sup> Article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale

<sup>9</sup> Article L. 1411-14 du code de la santé publique.

Il existe des indicateurs transversaux, permettant d'évaluer l'état de santé de la population et de déterminer les axes d'amélioration et des indicateurs spécifiques par objectif.

L'espérance de vie à la naissance pour les hommes est de 76,7 ans pour les hommes et de 83,8 pour les femmes. Des disparités régionales importantes sont retrouvées avec un gradient nord-sud.

Le taux de mortalité infantile est de 3,6 pour 1000 en 2005 contre 4,9 pour 1000 en 1995. Cet indicateur reflète l'état de santé d'une population, l'efficacité des soins préventifs et l'attention accordée à la santé de la mère et de l'enfant. Ce taux a considérablement diminué au cours des 50 dernières années, ce qui place la France parmi les pays dont le taux est le plus bas.

Comparativement aux pays de même niveau de vie, l'état de santé global en France apparaît bon et a tendance à s'améliorer. Le taux de mortalité global (taux brut de 8,6 pour 1000 en 2005) est par ailleurs en France l'un des plus faibles d'Europe. En revanche, comparée aux pays de l'Union Européenne (à 15), la France se trouve à l'avant dernier rang pour la mortalité prématurée et au dernier rang pour la mortalité prématurée évitable (données 2001). Ce taux élevé de mortalité prématurée lié notamment aux cancers des voies aérodigestives supérieures et aux décès par mort violente (suicide, accidents de la route), peut être diminué par une politique active de prévention

Par ailleurs, cet indicateur de mortalité prématurée varie en fonction du sexe, de la catégorie sociale et de la région.

Les conclusions des rapports Berland (2003, 2005 et 2006) ont mis en évidence que la population médicale est mal répartie aussi bien sur le territoire que dans chaque spécialité, ce qui aggrave les inégalités géographiques d'accès aux soins.

## **1.2 Le champ de la prévention**

### **1.2.1 Les trois différentes étapes de prévention**

#### **A) La prévention primaire.**

La prévention primaire cherche à réduire la fréquence d'une maladie dans une population saine, c'est-à-dire d'en prévenir l'apparition par différentes actions de vaccination, d'information, de communication, de formation.

## B) La prévention secondaire.

La prévention secondaire permet la détection précoce d'une pathologie en vue d'un traitement efficace afin de raccourcir sa durée d'évolution, par le dépistage des cas asymptomatiques.

## C) La prévention tertiaire

La prévention tertiaire, visant à réduire la progression d'une maladie avérée, a pour objectifs la réduction de la morbidité, du handicap et des complications évolutives. *L'éducation thérapeutique* des patients s'inscrit dans les démarches de prévention tertiaire, afin de limiter le retentissement d'une maladie installée et d'améliorer la qualité de vie des personnes touchées, en contribuant au retour des personnes à la plus grande autonomie possible.

### 1.2.2 L'éducation pour la santé (EPS) :

Elle s'intéresse à la population pour l'intérêt de chacun sur un versant multifactoriel (environnement, conditions de travail, satisfactions des besoins élémentaires, accès aux soins, possibilité de vivre en étant différent), avec le passage de la notion individuelle à la notion collective.

Depuis la Charte d'Ottawa de 1986, la promotion de la santé implique une redistribution des responsabilités depuis les professionnels de la santé vers les individus que l'on doit informer afin qu'ils puissent exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé. Ceci oriente toute la démarche d'éducation pour la santé qui ne procède pas d'une injonction, ou d'un ordre venant d'un professionnel, mais doit informer et donner à chacun les outils pour la décision, en proposant des alternatives qui soient acceptables et agréables.

On distingue :

Les campagnes de masse qui ont pour objectif de sensibiliser la population et de modifier l'image générale de certains comportements à risques (comme c'est le cas pour le tabagisme). L'information y est par nature schématique, frappante.

Les actions collectives de proximité qui permettent d'engager un dialogue : rencontre, débat, conférence permettant de détailler l'information, de la compléter et de faire poser des questions au public, de travailler collectivement les représentations

Les actions individualisées de proximité qui peuvent se dérouler dans des environnements spécifiques : la consultation médicale par exemple, pour laquelle un certain nombre d'outils ont été conçus afin d'aider à l'instauration d'un dialogue constructif

Elles peuvent être organisées dans un environnement plus généraliste : dans le cadre des lycées par exemple ou d'autres collectivités.

### **1.2.3 La prévention populationnelle :**

Elle définit ses priorités d'actions en matière de prévention en ciblant des populations particulières plus fragiles (les populations précaires), ou plus sensibles à un risque particulier (selon l'âge, les conditions de vie, les comportements). Elle privilégie le principe d'équité sur celui d'égalité en promouvant des politiques inégalitaires selon les populations.

Il existe différents types de prévention populationnelle :

- La prévention populationnelle par pathologie (concernant notamment, les maladies chroniques, la tuberculose, les affections liées aux causes environnementales),
- La prévention populationnelle par âge (concernant les périodes de l'enfance, de la grossesse, et des transitions professionnelles),
- La prévention populationnelle par comportement (sécurité routière, nutrition santé, pratiques addictives),
- La prévention populationnelle par publics (populations défavorisées par exemple).

### **1.2.4 Les acteurs par territoire**

Le citoyen est le premier acteur de toute démarche de prévention mais de nombreux autres acteurs sont impliqués dans la démarche préventive que ce soit dans les sphères éducatives, médicales, paramédicales, sociales ou de la recherche. Ces différents mondes ont tendance à ne jamais se rencontrer même s'ils tournent tous autour du même objectif, améliorer la qualité de vie des personnes en leur donnant tous les moyens de préserver leur capital santé.

#### **A) Des institutions présentes à différents niveaux**

Au niveau national :

L'Etat et l'assurance maladie (UNCAM) définissent les priorités nationales en termes de santé publique et de prévention qui sont déclinées au sein de différents ministères : la santé, l'emploi, l'éducation nationale, les transports,

Les organismes nationaux tels que l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), la fédération nationale d'éducation pour la santé (FNES), le comité français d'éducation pour la santé (CFES) et ses comités régionaux et départementaux (les CORES, et CODES).

## B) Au niveau régional et départemental

Les services déconcentrés de l'Etat (DRASS-DDASS) et les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), ainsi que l'échelon régional et local de l'assurance maladie sont impliqués dans la réflexion autour du contexte régional (PRSP) puis dans la mise en œuvre de la politique régionale de santé (GRSP), en cohérence avec les autres plans et schémas (plan Gériatologique, SROS...)

Les collectivités territoriales participent à la politique de prévention au sein du GRSP mais aussi par l'action de leurs services de la protection maternelle et infantile (PMI) et au travers des contrats de villes (2000-2006) remplacés par les « contrats urbains de cohésion sociale » par la loi de cohésion sociale. La santé est affirmée comme un des cinq thèmes prioritaires de la politique de la ville pour la cohésion sociale afin d'encourager les acteurs locaux à mieux prendre en compte la prévention et l'accès aux soins pour les habitants des quartiers en difficulté, notamment au travers des ateliers Santé/Ville. Le financement des ateliers Santé/Ville sera assuré à partir des crédits attribués au travers du GRSP.

La CRAM en lien avec le ministère du travail et les directions régionales du travail (conseillers prévention, acteurs relais) organisent la prévention des accidents et maladies dans le milieu professionnel. La Mutualité Française ainsi que la Mutualité sociale agricole (MSA) jouent également un rôle de conseiller en prévention afin de promouvoir la Santé et la Sécurité au travail des salariés et non salariés agricoles.

Les services de médecine scolaire de l'inspection académique participent à des campagnes de prévention en milieu scolaire avec l'appui des comités d'éducation santé et citoyenneté des établissements.

## C) Des professionnels de santé réunis autour du médecin-traitant.

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance hospitalière, certains établissements de santé ont créé des « pôles » d'activité et des unités fonctionnelles en milieu hospitalier

permettant pour les services concernés de mutualiser leur programme d'éducation thérapeutique (unités cardiologique, neurologique et néphrologique pour la prévention des maladies cardiovasculaires).

Les acteurs hospitaliers s'inscrivent dans le programme de prévention, en partenariat avec d'autres acteurs externes autour du parcours individualisé du patient. Le médecin traitant est le pivot du système de prévention. Il s'appuie sur un réseau de partenaires libéraux, institutionnels et hospitaliers (éducateurs, médecin scolaire ou du travail, sage-femme, infirmier, masseur-kinésithérapeute, dentistes, diététicienne, pharmacien, orthophonistes et psychologue) afin de répondre à la variété des besoins et attentes des populations.

L'hôpital joue un rôle fondamental dans l'éducation thérapeutique, où le développement important des maladies chroniques renforce l'intérêt de cette mission.

De nouveaux métiers émergents comme éducateur thérapeutique, coordonnateur de réseaux ou gestionnaire de cas s'intègrent dans la gestion prévisionnelle des emplois et compétences des directions des ressources humaines des institutions hospitalières.

#### D) La place croissante des usagers du système de soins.

Par ailleurs, les associations thématiques ou d'accompagnement de malades, multiples et indénombrables associations d'usagers ou de malades s'intègrent progressivement au fonctionnement de l'hôpital, en participant à certaines instances (conseil d'administration, CRUQPC).

### **1.3 L'hôpital, moteur ou partenaire au cœur de la prévention : des expériences locales, impliquant des acteurs multiples, où la coordination apparaît déterminante au sein d'un territoire de proximité**

#### **1.3.1 Résultats des recherches documentaires**



L'expérimentation INFO-ADO initiée en 1992 à POISSY est une expérience dans laquelle l'hôpital joue un rôle moteur (en référence au rapport Nisand<sup>10</sup>) en partenariat avec le milieu scolaire et les professionnels de santé.

Dans le cadre de la prévention de l'IVG et suite aux difficultés rencontrées par les jeunes femmes en situation de précarité, le CHI de Poissy (Yvelines) a mis en place en 1992 une expérimentation de prévention baptisée INFO ADO. Cette action constitue une réponse locale réussie à une prévention insuffisamment efficace chez les jeunes. Ce type de structure dessert les 17 communes qui relèvent de cet hôpital intercommunal. L'action INFO ADO consiste en l'accueil, l'information en milieu hospitalier et la sensibilisation des jeunes dans les collèges et lycées avoisinants.

Trois structures publiques, bien repérées par les jeunes, les reçoivent gratuitement en milieu hospitalier pour les conseiller et leur donner gratuitement contraceptifs et préservatifs.

Les personnes qui interviennent dans les classes sont volontaires et les jeunes sont reçus par des internes de médecine générale (futurs généralistes) et des sages-femmes spécifiquement formés à cet accueil.

Une structure similaire INFO-ADO a également été créée au CHU de Strasbourg en novembre 1998.

Une expérience analogue a été mise en oeuvre en 2002 dans la vallée de la Bruche en Alsace, visant à installer un système de prévention de la grossesse non désirée chez les adolescentes reposant sur les professionnels de santé qui y travaillent. Les généralistes intéressés et les douze pharmaciens de la vallée ont été réunis par un gynécologue participant à l'action INFO ADO.

Sur un fond expérimental de la Sécurité sociale, il a été décidé de prendre en charge en tiers payant (non signalé aux parents) les consultations médicales nécessaires et les médicaments ainsi que les préservatifs.

### **1.3.2 Résultats des entretiens menés auprès d'établissements de santé**

---

<sup>10</sup> Rapport Nisand « Pour une meilleure prévention de l'IVG chez les mineures ». Présenté par Israël NISAND et Laurent TOULEMON au Haut Conseil de la Population et de la Famille en Décembre 2006

- A) L'exemple de l'hôpital local de Houdan. Une action traditionnelle de prévention du vieillissement, une action à venir tournée vers un public jeune : une action originale pour un hôpital local.<sup>11</sup>

L'hôpital met en œuvre une action traditionnelle de prévention de la dépendance, de maintien des capacités cognitives, et de prévention des chutes.

Cette action se déroule dans le cadre de l'hôpital de jour au sein de l'établissement avec l'appui d'un neuropsychologue et d'un médecin gériatre.

Parallèlement à cette action, l'établissement développe une mission novatrice, destinée aux 11-25 ans, avec deux objectifs : prévenir les conduites addictives et les IST. Dans ce cadre un pôle jeune a été mis en place au sein de l'hôpital avec l'embauche d'une coordinatrice jeune, pivot de l'articulation des actions de prévention entre la ville et l'hôpital.

Le projet impulsé par l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH), confié à l'hôpital un rôle de support logistique et fait l'objet de financements croisés (Etat, Assurance Maladie, collectivités territoriales).

- B) L'exemple du CH de Dreux : la mise en place d'un pôle addictologie, prévention et éducation.<sup>12</sup>

Le CH de Dreux a mis en œuvre un Pôle Addictologie, Prévention, Education (PAPE), en référence aux caractéristiques du territoire de la Région Centre en lien avec le SROS III (2006-2011) et le PRSP (2005-2009). Il assure des missions de prévention et d'information dans le cadre d'un réseau médico-social de proximité en partenariat avec les professionnels libéraux. A la demande des associations des quartiers difficiles et dans le cadre d'un atelier santé-ville sont mises en place, d'une part des actions d'éducation pour la santé (diabète, asthme, PMI...) et d'autre part des bilans de santé. L'objectif est de réintégrer les personnes en difficulté dans le système de santé. Le réseau de proximité représente 150 / 200 personnes, réunies environ trois fois par an. Par ailleurs, le CH est membre fondateur du réseau des Hôpitaux promoteurs de santé de l'OMS. Il fonctionne également avec le CODES. Le financement du PAPE est assuré par trois types de financement : MIG, DRASS, Conseil Général, Villes, recettes tirées des consultations externes.

---

<sup>11</sup> Cf. ANNEXE VI

C) L'exemple du CH de Decize : une consultation d'addictologie en relation contractuelle avec les CHRS.<sup>13</sup>

Le CH de Decize a mis en œuvre une consultation en addictologie au sein de la structure hospitalière. Il est clairement moteur de la prévention et de l'éducation sur le territoire de proximité. Même si l'établissement est de petite taille, il constitue une ressource professionnelle importante dans la mesure où il n'y a aucun spécialiste libéral dans ce bassin de population aux revenus modestes. Depuis de nombreuses années, il y a une réelle volonté de la part de la direction et des professionnels de santé pour s'ouvrir vers l'extérieur au profit de la meilleure prise en charge possible des usagers. Le CH a signé des conventions avec deux CHRS, établissements médico-sociaux, depuis 1999. Une infirmière, titulaire d'un DU en addictologie, effectue des vacations. Celles-ci ne sont pas orientées exclusivement vers l'alcoologie. Cela permet d'inciter les usagers à avoir recours à l'hôpital pour d'autres problèmes en fonction des besoins. Au sein du CH, il existe une consultation d'alcoologie ainsi qu'une équipe de liaison en alcoologie. Le financement des consultations d'alcoologie était assuré jusqu'en fin 2004 par l'ANPA. La fin de cette subvention a obligé le CH à financer cette vacation avec ses propres moyens. Depuis elle est subventionnée dans le cadre du PRAPS et fait l'objet d'une demande dans le cadre des MIG du CPOM, sans réponse à ce jour.

D) Une expérience originale, l'établissement de Plouguernevel, un acteur à la fois moteur et partenaire.<sup>14</sup>

Cette association hospitalière, issue de la restructuration d'un hôpital psychiatrique, a toujours inscrit son action dans un contexte d'ouverture vers l'extérieur. Aujourd'hui, ses actions de prévention sont coordonnées au sein du Pays<sup>15</sup> Centre Ouest Bretagne, échelon territorial jugé le plus pertinent pour la mise en place de ce type d'actions. Les actions de prévention s'inscrivent dans un Projet Territorial de Santé

---

<sup>12</sup> Cf. ANNEXE VIII

<sup>13</sup> Cf. ANNEXE VIII

<sup>14</sup> Cf. ANNEXE V

<sup>15</sup> Un Pays, au sens de la LOADDT (Loi d'Orientation pour l'Aménagement et le Développement Durable du Territoire du 25/06/1999) est un territoire de projet, espace historiquement, géographiquement et culturellement homogène, et non pas un découpage administratif supplémentaire.

Globale coordonné par une animatrice territoriale de santé. Par ailleurs, l'implication des élus s'avère nécessaire à la réussite de cette initiative.

*a) Un hôpital moteur dans les actions suivantes :*

- La prévention du suicide

Prévenir le phénomène suicidaire en développant et renforçant les réseaux locaux de surveillance et d'orientation, sensibiliser et informer la population et les professionnels sur la question de la prévention du suicide.

- La prévention des conduites addictives

Une action menée auprès des établissements scolaires et des entreprises en collaboration avec l'association nationale de prévention en alcoologie et addictologie. L'objectif est de sensibiliser les jeunes scolarisés, les chefs d'entreprises et leurs employés aux conduites à risque notamment celles liées à la consommation de l'alcool.

- La mise en place d'un point accueil et écoute jeune.

Ce point accueil est localisé sur 3 sites en dehors de l'hôpital et fonctionne en partenariat avec l'éducation nationale, les collectivités territoriales, les associations.

- La mise en place d'un Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC).

L'association hospitalière de Plouguernevel, promoteur de CLIC, a été chargée de la mise en œuvre du projet. Dans ce cadre, elle mis à disposition à titre gracieux un poste de technicien d'intervention social et familial.

Par ailleurs, des personnels de l'établissement (IDE, psychologue, technicien d'intervention sociale et familiale) sont dédiés aux actions de prévention, et se déplacent soit au domicile soit dans un lieu d'accueil et d'écoute.

*b) Un hôpital partenaire pour les actions suivantes :*

- Le développement d'une action d'éducation et la promotion de la santé en milieu scolaire.

Ce projet interdépartemental, coordonné par le CRES a pour partenaires l'association hospitalière et le CODES.

- La mise en place d'un lieu d'accueil et d'écoute pour les personnes désocialisées.

- La mise en œuvre d'un réseau gérontologique dans le but de garantir la permanence des soins médico-sociaux à la personne âgée.

L'objectif est de coordonner les différents partenaires (DRASS, DDASS, URCAM). Les moyens humains mis à disposition sont : une infirmière coordinatrice du CH de Carhaix, deux praticiens du centre hospitalier, des membres de l'association ADMR ainsi qu'un délégué à l'action sociale aux personnes âgées (ASPA) de la CRAM de Bretagne.

A travers cette diversité d'expériences, il est possible de voir que certains établissements de santé ont pleinement intégré la démarche de prévention et d'éducation pour la santé. Il est nécessaire alors de recenser et d'évaluer les outils et facteurs permettant cet investissement.

## **2 Quels sont les moyens de l'hôpital pour assurer cette mission de prévention et d'éducation pour la santé?**

### **2.1 La mise en œuvre des actions de prévention.**

#### **2.1.1 Des structures et des outils à disposition de l'hôpital.**

A) Les services médicaux et administratifs concernés.

*a) L'organisation de l'administration peut prendre en compte la prévention.*

Au Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil (CHIC), la direction de la Gestion des risques occupe une place centrale dans le dispositif de prévention de l'hôpital : système de signalement des « événements indésirables » (fiches), analyse des événements signalés et propositions de solutions correctives en cellule de Gestion des risques, participation à l'élaboration d'un plan de prévention des risques professionnels (ex : stress, manutention, chutes)<sup>16</sup>. En avril 2007, la direction de la Gestion des risques a supervisé et animé, en lien avec la cellule, des formations « grippe aviaire » destinées à l'ensemble du personnel de l'hôpital. Enfin, la Gestion des Risques coordonne les actions de vigilances, au sortir de la certification V2.

Au CHIC, la directrice des affaires médicales participe à l'effort de prévention en matière de lutte contre le tabac en lien avec le GRETAC. Membre actif du réseau « Hôpital sans tabac », le CHIC s'est doté d'un plan d'action et d'information, relatif à l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif<sup>17</sup> : panneaux apposés sur les portes et murs de l'hôpital, cendriers placés en extérieur, notes spécifiques aux chefs de service et cadres sur les motivations réglementaires et les sanctions encourues, journées

---

<sup>16</sup> Conformément au décret du 5 novembre 2005

<sup>17</sup> A compter du 1<sup>er</sup> février 2007, conformément au décret du 15 novembre 2006

d'informations générales dans l'amphithéâtre de l'hôpital, réactualisation des livrets d'accueil. Ce plan s'accompagne d'une demande de financement à l'ARHIF pour doubler les consultations hospitalières de sevrage<sup>18</sup>.

*b) L'importance croissante de la prévention dans l'activité médicale des services accueillant notamment des populations fragiles ou précaires.*

Au sein et hors de l'hôpital, certains métiers sont en première ligne pour faire de la prévention. Les infirmières, en particulier, jouent un rôle important en matière d'éducation thérapeutique<sup>19</sup>. Les consultations infirmières en alcoologie, en diabétologie, dans le domaine de la douleur, etc. reposent notamment sur l'accompagnement, l'éducation, la prévention et l'information à de plus en plus de patients âgés atteints par des maladies chroniques. La coopération initiée à Decize est un exemple de l'exploitation de ces compétences en extra-hospitalier.

Par ailleurs, certains services tels que les urgences<sup>20</sup> et les UCSA<sup>21</sup> notamment, jouent un rôle de premier plan en matière de prévention et d'éducation thérapeutique.

Les urgences accueillent de plus en plus de personnes démunies (personnes âgées, migrants<sup>22</sup>, etc.) nécessitant une prise en charge globale qui dépasse les soins purement médicaux. Lieu d'écoute avec une forte prédominance d'urgences sociales, les modalités d'accompagnement des personnes sont définies avec les assistants sociaux des PASS et les organismes sociaux.

Selon la circulaire du 10 janvier 2005, la prévention fait partie de la prise en charge sanitaire globale de la personne détenue. Le médecin de l'UCSA coordonne, au sein de l'établissement pénitentiaire, les actions de prévention et d'éducation pour la santé (mise en place d'actions d'information et d'éducation sur les risques infectieux ; préservatifs accessibles ; assurer le bon fonctionnement des stratégies de substitution des toxicomanies ; prévention dans le repérage de la crise suicidaire...).

---

<sup>18</sup> Selon l'annonce qui en a été faite dans la circulaire du 8 décembre 2006

<sup>19</sup> Qui constitue une de leurs missions : Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004, article R. 4311-1.

<sup>20</sup> Circulaire n° 195 /DHOS/01/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

<sup>21</sup> Circulaire n° 27 DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale.

<sup>22</sup> Circulaire DGS/DHOS/2006/250 du 8 juin 2006 relative à la prise en charge des patients migrants

## B) Les moyens issus de la coopération externe.

### a) *Des instruments variés.*

Le système de santé est de plus en plus incité à fonctionner en réseau. La coopération a notamment pour finalités «de compenser la pénurie de médecins et les inégalités entre les établissements liées à leurs catégories, leur taille et leur implantation géographique [...] de décroiser le monde hospitalier et la médecine de ville, comme le secteur hospitalier et le secteur médico-social»<sup>23</sup>. Elle vise à «sortir l'établissement de santé de l'isolement qu'on lui reproche »<sup>24</sup>.

L'instrument traditionnel de la coopération hospitalière est la convention, qui ne donne pas nécessairement lieu à la mise en place d'une structure juridique complexe. C'est le cas de la convention entre le CH de Decize et les deux CHRS voisins. Le réseau CORES – Hôpitaux en éducation pour la santé de Basse-Normandie a organisé son fonctionnement dans une convention-cadre entre le CORES, les hôpitaux et l'ARH. Si ce choix permet une grande marge de manoeuvre pour les acteurs, il fait néanmoins peser la menace de la dénonciation de la convention-cadre par l'ARH qui mettrait un terme à l'expérience.

De nouvelles formules de coopération entre établissements publics de santé ou avec d'autres établissements, structures et professionnels de santé se sont développées ces dernières années, tels que les groupements de coopération sanitaire, créés par les ordonnances de 1996, et les réseaux de santé. Le GCS est devenu l'instrument privilégié de la coopération. Il permet des interventions croisées de professionnels de santé relevant de statuts différents, qui gardent leur mode de rémunération spécifique. S'il n'est pas fait mention de la prévention et de l'éducation pour la santé dans la réglementation des GCS, ces sujets ne sont cependant pas exclus.

### b) *Les réseaux Ville-Hôpital*

Entre ville et hôpital, les coopérations peuvent être diverses. La constitution de réseaux de santé est l'une des plus visibles. Renforçant les dispositions de la loi du 31 juillet 1991 et des ordonnances du 24 avril 1996 en terme de coopération ville -hôpital, la loi du 4 mars 2002 dispose que les «réseaux de santé » sont « *constitués par des professionnels de santé libéraux, des établissements de santé, des institutions sociales et médico-sociales ou des organismes à vocation sanitaire et sociale.* » L'accent est mis sur

---

<sup>23</sup> Maxence CORMIER, Mutations et enjeux des coopérations hospitalières, AJDA 27 février 2006

<sup>24</sup> Didier TRUCHET, Etablissement public de santé et système de santé, AJDA 27 février 2006



la prise en charge adaptée aux besoins de la personne, quel que soit le mode de prise en charge, ainsi que sur l'évaluation et la qualité des soins depuis la loi du 9 août 2004. A l'image des deux exemples qui suivent, les réseaux ville – hôpital d'aujourd'hui, sont soit monothématiques, soit « généraux », (interdisciplinaires et établis sur une aire géographique donnée) :

Le RDVO : en mars 2002, l'association « Réseau diabète Val d'Oise » réunit les CH de Gonesse, Pontoise et Argenteuil ainsi que de nombreux médecins et paramédicaux de ville (diabétologues, ophtalmologues, biologistes) en vue d'optimiser la prise en charge des patients diabétiques de type II : actions de prévention, d'éducation, de thérapeutique, de surveillance de la maladie et de ses complications sont menées grâce à des formations spécifiques des professionnels de santé en amont. Prenant part au projet thérapeutique, chaque patient consigne lui-même les différentes étapes de son parcours de santé dans un carnet de liaison remis par un médecin généraliste.

Le RSSPCC : le réseau sanitaire et social de pratiques coopératives de Créteil renforce les liens entre professionnels de santé et travailleurs sociaux dans le Val-de-Marne. Les communes participantes ont des missions transversales (organisation, circulation de l'information) et d'accueil des populations (comme la PASS au CHIC). Les professionnels de santé bénéficient de formations ciblées et des séminaires (« Santé Mentale et exclusion » en 2005). Le CHIC s'est progressivement imposé dans le réseau comme un « centre ressource » de proximité, permettant de faire bénéficier les professionnels et les personnes malades d'un plateau technique ouvert et accessible.

Aujourd'hui, la plupart des réseaux bénéficient de cofinancements (collectivités publiques et territoriales). Le RSSPCC reçoit une subvention allouée par le FAQSV ainsi qu'un soutien financier de l'Etat (DDASS, préfecture, DRASS) et des collectivités locales (département, communes, communauté d'agglomération). Le RDVO est financé par les tutelles, la CPAM, l'URCAM et les Unions Régionales de Médecins libéraux, ainsi que par l'industrie du médicament, de l'information et d'autres associations.

### **2.1.2 Différents financeurs pour des actions de santé publique ciblées**

A) Les financements alloués par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation

L'essentiel des ressources financières des établissements de santé provient des crédits de l'assurance maladie et des enveloppes affectées aux plans nationaux de santé

publique (plan cancer, plan nutrition – santé...) versés par les ARH. Tous ces éléments sont négociés et fixés dans les CPOM<sup>25</sup>.

Depuis 2004, les établissements de santé publics sont financés en partie à l'activité. La T2A valorise peu la prévention mises à part certaines activités d'éducation thérapeutique. La prévention et l'éducation pour la santé sont mentionnées dans les annexes «santé publique» au sein de l'enveloppe MIGAC<sup>26</sup>, source de financement destinées « à financer la part des activités MCO des établissements publics et privés qui ne peut être tarifée à l'activité ». Définie contractuellement par les ARH, elle comprend notamment toutes les missions spécifiques, transversales, les missions de veille, les prises en charge spécifiques (PASS, missions de prévention et d'éducation pour la santé...), soins aux détenus, etc.

Les hôpitaux locaux sont exclus de cette réforme et ne perçoivent donc pas d'enveloppe pour le financement de leurs actions de santé publique.

#### B) Le financement dans le cadre de la dotation régionale des réseaux.

La loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2002 et la loi du 4 mars 2002<sup>27</sup> constituent le cadre de reconnaissance et de financement des réseaux de santé. Depuis 2002 a ainsi été définie au sein de l'ONDAM une dotation nationale de développement des réseaux. Cette dotation nationale est déclinée régionalement.

Pour 2007, la dotation nationale des réseaux représente 152 100 000€ (157 450 220€ en 2006), avec des montants régionaux qui varient entre 992 122€ pour la Champagne Ardenne et 29 064 943€ pour l'Île de France.

C'est sur décision conjointe du directeur de l'ARH et du directeur de l'URCAM que les financements sont accordés aux promoteurs de réseaux. Par exemple en Bretagne un secrétariat technique est assuré par la Mission Régionale de Santé, qui instruit le dossier et propose un avis au Comité Régionale des Réseaux, composé de représentants de l'ARH, de l'URCAM, des CPAM, des DDASS, des professionnels libéraux, des

---

<sup>25</sup> Décret n° 2006-1332 du 2 novembre 2006 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

<sup>26</sup> La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a introduit l'article L.162-22-13 dans le code de la sécurité sociale.

<sup>27</sup> Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

établissements et des usagers. L'avis mentionne notamment les priorités pluriannuelles de santé publique, l'intérêt médical, social et économique tenant compte des orientations définies par les SROS et des actions de prévention, et d'éducation pour la santé ; les critères de qualité, l'organisation et le plan de financement du réseau.

Suite au Comité Régional des Réseaux et de la Coordination des Soins, les directeurs de l'ARH et de l'URCAM décident du financement ou non du réseau. En cas de financement pluriannuel, ce dernier peut faire l'objet d'une révision chaque année. Une procédure de suivi financier est mise en place.

## **2.2 L'hôpital : un partenaire essentiel de la prévention qui assume ponctuellement un rôle moteur**

L'hôpital assume depuis des années une mission de prévention répondant aux textes de lois. Pourtant cette mission est mineure au regard de la prise en charge essentiellement curative du malade hospitalisé. La prévention, toujours citée dans les textes, trop souvent ouvertement affichée, finit par être galvaudée à tel point qu'elle apparaît comme une mission accessoire.

Ainsi le Conseil Economique et Social dresse ce constat de la prévention à l'hôpital : « En conclusion, l'hôpital assure des soins préventifs, curatifs et palliatifs. Inscrite depuis plus de trente ans comme une des missions de l'hôpital public, la prévention, aujourd'hui accessoire, doit y trouver une place pleine et entière, avec des outils épidémiologiques dédiés, des équipes (et/ou du temps de personnel hospitalier) et un budget clairement identifié. En outre, la prévention à l'hôpital public doit aujourd'hui s'intégrer dans la réforme de l'assurance maladie qui définit notamment la consultation de prévention prévue par la loi du 9 août 2004.»<sup>28</sup>.

Longtemps séparée du soin curatif, donc notamment de l'hôpital, la prévention primaire s'en rapproche logiquement aujourd'hui pour deux types de raisons : l'une, extrinsèque, d'ordre structurel, est liée autant à l'hospitalo-centrisme encore existant du système de soins (l'hôpital conjuguant à lui seul trois facteurs majeurs d'attractivité de la demande de soins : permanence, gratuité et bonne technicité des soins) qu'à son caractère de recours, notamment en zone rurale ; l'autre, intrinsèque, d'ordre clinique, appartient à l'histoire naturelle des maladies et au vieillissement de la population : les pathologies chroniques dont sont porteurs de plus en plus de patients de plus en plus vieux, ont tendance, au fur et à mesure de leur évolution, à s'intriquer les unes les autres,

---

<sup>28</sup> .CES. Section des Affaires Sociales. Rapporteur Eric Molinié, Hôpital Public en France : Bilan et Perspective. p.79. 2005

tels le diabète, l'hypertension, l'obésité... le traitement de l'un constituant la prévention de l'autre.<sup>29</sup>

Ce constat ne doit cependant pas minorer le rôle actif des acteurs de terrain qui à leur échelle sont à l'initiative de projets et de dynamiques nouvelles.

L'hôpital demeure sur l'ensemble du territoire français une référence sanitaire, une institution offrant en outre une lisibilité pour les usagers et favorisant l'accès aux soins. Cette lisibilité ne va cependant pas forcément de pair avec une opinion positive sur les prestations fournies en matière de prévention<sup>30</sup>.

### **2.2.1 L'hôpital : un partenaire essentiel de la prévention et de l'éducation pour la santé**

Les entretiens qui ont été menés lors du MIP et la littérature permettent de considérer l'hôpital comme un partenaire essentiel de la mise en œuvre de politiques de prévention.

Pour la DRASSIF, l'hôpital devrait être un partenaire, un coordinateur plutôt qu'un moteur. Il n'est pour l'instant, pas suffisamment mobilisé sur la prévention en raison de l'existence d'une culture interne axée sur le soin et d'un cloisonnement entre la santé publique (impulsée par la DRASS) et l'offre hospitalière (déterminée notamment par l'ARH)

Pour l'ARH, l'hôpital ne doit pas assumer seul la mission de santé publique, car son rôle premier est curatif. Il peut être le partenaire d'une démarche locale au côté des associations et des collectivités territoriales en apportant son plateau technique et ses compétences médicales, ces prestations s'intègrent ainsi dans le cadre de la tarification à l'activité.

Ce rapport de l'hôpital à la prévention s'explique par des facteurs historiques, culturels, financiers et par le jeu d'acteurs locaux

Vu de l'étranger, l'hôpital public français est plus un lieu de « cure » sens anglo-saxon (faire des soins curatifs faisant appel aux thérapeutiques) qu'un lieu dédié à la

---

<sup>29</sup> *Ibid.* p.59.

<sup>30</sup> Ce constat est néanmoins à nuancer au vu de ce sondage in Etude du CES Hôpital Public en France  
Opinion des usagers sur le système de santé à l'hôpital :  
- Le palmarès par ordre de bonne opinion décroissante :  
Le rôle de l'hôpital en matière de prévention est en 13<sup>ème</sup> position : 52 %  
- Classement par ordre de mauvaises opinions décroissantes :  
Le rôle de l'hôpital en matière de prévention est en 5<sup>ème</sup> position avec 26 %

santé dans sa globalité le « care » qui signifie « prendre soin », promouvoir la santé. L'hôpital marqué par la culture du colloque singulier médecin patient, s'adresse à un individu et non à une population. En conséquence, l'épidémiologie définie comme l'étude des besoins de santé de la population dont l'hôpital est le lieu de recours sanitaire est assez peu développée en son sein. Dans la mesure où l'hôpital ne dispose pas des outils qui lui permettraient d'établir un état de santé de la population, la mise en place des politiques de prévention est difficile.

La prévention qui nécessite une approche globale du patient est difficile à mettre en œuvre à l'hôpital, lieu cloisonné et très spécialisé au plan médical<sup>31</sup>.

De plus, le rôle du médecin généraliste est minoré en France. Au Canada celui-ci suit son patient lors de son hospitalisation afin de l'accompagner dans son parcours et exerce à temps partiel au service des urgences. La prévention, combine alors le suivi médical et social.

Cette comparaison avec l'étranger appelle aussi à s'interroger sur les effets du financement de la prévention sur l'activité de l'hôpital et sur le maillage territorial de l'offre de prévention.

La T2A a un effet ambivalent sur la prévention. Le positionnement par rapport à des tarifs nationaux induit des critères de rentabilité<sup>32</sup> ce qui conduit en général les établissements à se replier sur le curatif. Le financement de la prévention est isolé au sein de l'enveloppe MIGAC selon Mme AUBIN, Directrice de l'hôpital local de Houdan. La prévention doit donc être sanctuarisée au sein de l'enveloppe MIGAC. Pour cela il faut d'abord évaluer l'efficacité de la réponse aux besoins et négocier avec les hôpitaux pour obtenir l'adéquation missions - moyens - résultats<sup>33</sup>.

La recherche de l'échelon le plus pertinent en matière de prévention et d'éducation pour la santé est cruciale. Les campagnes nationales touchent l'ensemble de la population mais perdent de leur efficacité dans la mesure où elles ne peuvent répondre aux caractéristiques spécifiques d'un territoire. Le CORES de Basse Normandie a initié

---

<sup>31</sup> Le mode de fonctionnement actuel de l'hôpital par services hospitaliers rend difficile la coordination d'actions de prévention, tant en interne qu'en externe, alors que celle-ci suppose une approche globale de l'individu et le partage des informations relatives aux patients, dans le cadre de structures liant ville et hôpital, tels les réseaux de santé.

<sup>32</sup> Pour les établissements du secteur public, il n'existe pas non plus d'actes dans le catalogue des actes médicaux qui correspondent aux actions d'éducation du patient et les prises en charge de ce type lors d'hospitalisation n'induisent pas spécifiquement de production de points ISA (Indice synthétique d'activité). Ainsi, un établissement risque d'apparaître moins « productif » en termes de points ISA, parce qu'il consacre des moyens matériels et surtout de personnels à ces actions alors que celles-ci ne modifient pas l'orientation du séjour en GHM, donc la valorisation en points ISA de l'activité de l'établissement.

<sup>33</sup> Ce point de vue est confirmé par le CES dans son rapport sur l'hôpital public : « Depuis la réforme de 1991, les hôpitaux doivent en effet s'impliquer en matière de prévention, en particulier secondaire (dépistage pour prévenir l'aggravation de l'état de santé) et tertiaire (éviter les rechutes). Or, la prévention en tant que telle est peu valorisée par le mode de tarification. Elle est certes mentionnée dans l'enveloppe MIGAC qui financera, distinctement de l'activité, les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation. Mais le financement de la prévention reste difficile à isoler au sein de cette enveloppe ».

une démarche visant à attacher auprès de chaque hôpital référent de territoire, un chargé de projet <sup>34</sup> dont la mission est d'associer l'hôpital à une démarche de prévention sur son territoire de recours.

La question du territoire le plus efficient révèle aussi une fragmentation des acteurs poursuivant pourtant un but commun : la prévention. La nécessité de la collaboration communément admise est dans les faits difficilement applicable car elle bute sur une volonté d'autonomie des divers partenaires. Ainsi, l'implication des élus locaux se traduira uniquement par « un droit d'interpellation de l'institution sanitaire ». Si l'on se réfère à l'exemple de la région Bretagne, « il n'y a pas d'engagement financier du Conseil régional en faveur d'actions de prévention prises en charge par une autre institution ».<sup>35</sup>

Il faut ajouter à cela la complexité des transferts de ressources d'une administration vers une autre. Ces transferts mettent en relation des acteurs divers dans la phase d'habilitation : autorité préfectorale à travers les DDASS et ARH, et dans la phase d'affectation les DDASS, DRASS, et GRSP. Ce n'est qu'une fois ces procédures validées que la trésorerie publique générale va effectuer l'affectation budgétaire.

La faiblesse de la place de la prévention à l'hôpital s'explique également par des difficultés de recrutement de personnel liées à la démographie des professionnels de santé. Concernant les infirmières leur pénurie est globale sur le territoire français si bien que les personnels formés seront prioritairement orientés vers les services à visée curative. Pour les praticiens hospitaliers, la possibilité de publications scientifiques semble déterminante en particulier dans les CHU.

### **2.2.2 L'hôpital assume ponctuellement un rôle moteur en matière de prévention et d'éducation pour la santé**

Dans certains cas, l'hôpital assure un rôle décisif en matière de prévention et d'éducation pour la santé. Les évolutions législatives récentes tendent à confirmer ce rôle central que peut jouer l'hôpital dans un réseau de prévention.

La loi du 13 août 2004 a conduit à une recentralisation de certaines actions de santé. Elle recentralise la gestion des actions de santé et de prévention de l'Etat à l'exception des services de PMI qui restent de la compétence du Conseil Général. Celui-ci

---

<sup>34</sup> Ces chargés de projets sont financés sur les enveloppes MIGAC. Cf. ANNEXE X

<sup>35</sup> Cf. ANNEXE XI

peut, s'il le souhaite garder la gestion de ces activités de prévention des actions de santé en passant convention avec l'Etat. La problématique de la prise en charge par l'hôpital de la mission de prévention apparaît donc encore plus aigue en milieu rural car 85% des départements qui se désengagent de tout ou partie de la prévention sanitaire ont moins de 400 000 habitants.

Dans ce contexte le choix de l'opérateur est intéressant à analyser. Les DDASS peinent à trouver des opérateurs. La DGS estime que les DDASS ont dans 95% des cas sollicité les EPS. Pourtant les médecins soulignent en général que la prévention ne fait pas partie de « leur culture » et que l'incidence faible de la tuberculose par exemple, dans certains départements a provoqué une perte de connaissance technique des médecins et des infirmiers. Les dispositifs hors des murs hospitaliers sont quant à eux peu nombreux et difficiles à mettre en œuvre.

L'hôpital peut jouer un rôle moteur dans la prévention en particulier lorsque le territoire sur lequel il est implanté est déserté par les professionnels libéraux. Par exemple le CH de Decize a mis en place un réseau de prévention en addictologie associant l'hôpital, le CHRS, et l'Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme.

En milieu urbain le rôle de l'hôpital en matière de prévention (essentiellement les préventions primaire et secondaire) doit être différent car celle-ci doit être assurée par les médecins libéraux comme le souligne le CES dans son rapport consacré à « La prévention en matière de santé »<sup>36</sup>. Le CES relaie l'opinion de l'Académie de médecine qui demandait la reconnaissance de consultations spécifiques de prévention dans le cadre de campagnes nationales. Les CH et CHU demeurent des acteurs de premier plan en matière d'éducation thérapeutique même si comparativement à d'autres pays, elle est peu développée en France<sup>37</sup>.

Selon le Collectif Inter associatif sur la Santé, cité dans le Rapport du CES de 2005, la survalorisation du CHU en matière de prévention est un tort. Il faudrait réinventer l'accueil de proximité et les soins de prévention.

---

<sup>36</sup> CES, Guy Robert, La prévention en matière de santé, 2003.

<sup>37</sup> C'est ainsi que l'éducation thérapeutique demeure peu développée en France, contrairement à de nombreux pays européens (Belgique, Suisse, Europe du Nord) et au Canada. Il n'existe en France qu'un seul Diplôme universitaire en éducation du patient (DUEP), destiné à tous les professionnels, notamment paramédicaux, qui exercent des missions d'éducation sanitaire et de prévention.p.62

## **3 Propositions**

### **3.1 Propositions d'amélioration du dispositif existant.**

#### **3.1.1 Rationaliser le fonctionnement des réseaux**

Systematiser les plans pluriannuels de financement des réseaux, pour permettre une action cohérente et de plus grande ampleur<sup>38</sup>. Les financements publics (Etat et collectivités territoriales) donnent souvent lieu à des retards de mandatement.

Favoriser la diversité des financements des réseaux par les collectivités et simplifier les procédures pour les hôpitaux : la préparation et le suivi des dossiers de demande de subventions annuelles, le rendu des bilans, des rapports d'activité, des évaluations et des comptes annuels à une demi-douzaine de financeurs constituent une charge de travail conséquente.

#### **3.1.2 Améliorer la coordination des acteurs de proximité**

Etendre l'intervention des animateurs de territoire afin de répondre de façon cohérente et coordonnée aux besoins spécifiques de proximité.

Renforcer l'information et la sensibilisation des élus locaux, afin d'en faire des partenaires efficaces et moteurs dans la coopération ville hôpital.

Multiplier les ASV<sup>39</sup>, qui facilitent l'inscription d'une politique locale de santé publique dans le cadre de la politique de la ville, en vue de réduire les inégalités territoriales dans ce domaine. La réalisation d'un réel diagnostic participatif permet de définir le programme d'action. Multiplier les promoteurs d'un ASV faciliterait l'implication

---

<sup>38</sup> Rapport « Des réseaux pour l'avenir », Y. Kessler, janvier 2004)

<sup>39</sup> Suite au Comité Interministériel dédié à la Ville du 14 décembre 1999



des habitants et des professionnels. Il est nécessaire d'éviter l'écueil de la stigmatisation des publics et d'intégrer le diagnostic et les actions planifiées dans les contrats de ville et le PRAPS, avec les financements contractuels prévus. Enfin, il paraît important d'établir un guide méthodologique en s'appuyant sur les expériences pour définir une stratégie opérationnelle.

### **3.1.3 Clarifier l'utilisation ciblée des MIGAC**

Les expériences étrangères montrent que régulièrement la mise en place d'un financement à l'activité se traduit par le repli des établissements sur le champ curatif. Il est nécessaire d'atténuer le caractère global de l'enveloppe MIGAC, de clarifier quelles sont les actions éligibles aux MIG.

Il faut être capable d'évaluer l'efficacité de la réponse aux besoins, « *convaincre les financeurs que ce qui est fait est utile et important* ». Les systèmes d'information ne permettent pas à l'heure actuelle de recenser efficacement l'activité réalisée en prévention et donc de la valoriser lors de la contractualisation des moyens.

Par ailleurs, il est important que soit affirmé le principe du respect des missions d'intérêt général et que la prévention et l'éducation pour la santé soient sanctuarisées dans le budget des établissements. Les missions d'intérêt général ne doivent pas constituer la variable d'ajustement des ressources allouées.

Les ARH ont un rôle à jouer par leur investissement en faveur de la prévention. Cependant, dans un contexte de restrictions budgétaires, des revalorisations de cette enveloppe sont-elles possibles ?

## **3.2 Des modifications d'envergure s'avèrent nécessaires**

### **3.2.1 L'évolution vers des ARS pour une meilleure articulation SROS / PRSP**

Dans un contexte institutionnel particulièrement complexe, de nombreux rapports ont plaidé pour une simplification de l'organisation territoriale de l'Administration sanitaire et de la sécurité sociale, préconisant notamment la création d'agences régionales de santé (ARS). Celles-ci auraient vocation à regrouper au plan régional les compétences

des actuelles ARH et celles de l'assurance maladie, participant ainsi au décloisonnement de notre système de santé, à une coordination des acteurs autour de la prévention et de l'éducation pour la santé, par une réelle articulation entre le SROS et le PRSP.

### **3.2.2 Adapter la contractualisation des moyens pour prendre en compte les besoins du territoire de santé en matière de prévention.**

Il est souhaitable que les projets médicaux de territoire (PMT) comportent obligatoirement un volet prévention et santé publique. Par le biais du CPOM, les priorités dégagées sur le territoire seront ainsi prises en compte par les établissements.

## Conclusion

En France, la prévention et l'éducation pour la santé restent encore peu déployées. La prévention revêt de multiples facettes, impliquant de nombreux acteurs. Afin de pallier à ces insuffisances, les pouvoirs publics ont développé un dispositif réglementaire visant à réformer notre système de santé. La loi du 9 Août 2004, relative à la politique de santé publique organise et renforce la place de la prévention et de l'éducation à la santé.

Les SROS de troisième génération et les projets médicaux de territoire consolident la notion de territoire de santé, et réorganisent l'offre de soins. Par ailleurs, l'articulation des PRSP et des SROS et projets médicaux de territoire représente un enjeu pour les établissements de santé, dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Les expériences locales démontrent que l'hôpital peut être moteur et/ou partenaire dans la démarche préconisée, avec l'engagement des collectivités territoriales. L'hôpital est intégré dans un dispositif de prévention, au sein d'un réseau impliquant différents acteurs du champ de la santé, s'articulant entre le secteur sanitaire et le médico-social. Le succès de certaines expériences montre l'importance de laisser une place à l'expérimentation, dans un contexte où de plus en plus de modèles juridiques sont créés.

Dans une perspective à moyen terme, les établissements de santé peuvent s'appuyer sur les expériences étrangères, en particulier anglo-saxonnes, où les actions de prévention et d'éducation pour la santé s'appuient sur une plate-forme centralisée, coordonnant les interventions des acteurs de santé à des niveaux gradués, pour assurer une prise en charge globale de la santé des usagers, en amont comme aval.

L'hôpital, considéré comme un lieu de soin de proximité, peut être le garant de la mise en œuvre d'un programme local de prévention, répondant au plus près des besoins de la population.

---

# Bibliographie

---

## TEXTES

Charte d'Ottawa (OMS 1986)

Plan national d'éducation pour la santé. Conseil des ministres, 28 février 2001.

## Lois

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

## Décrets

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. J.O n° 183, 8 août 2004 p.37087, texte n° 37086.

Décret n° 2006-1332 du 2 novembre 2006 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

Décret du 5 novembre 2005

Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif.

## Circulaires

Circulaire n° 195 /DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

Circulaire n° 27 DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur protection sociale.

Circulaire DGS/DHOS/2006/250 du 8 juin 2006 relative à la prise en charge des patients migrants.

Circulaire du 8 décembre 2006 relative à la mise en oeuvre des conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les établissements de santé. J.O n° 16, 19 janvier 2007, p. 1143, texte n° 20.

## **RAPPORTS ET AVIS**

De la psychiatrie vers la santé mentale. Rapport de mission du Dr PIEL E. et Dr ROELANDT JL. 6 juillet 2001.

L'histoire de la santé familiale. SOCIETE FRANÇAISE DE SANTE PUBLIQUE. Pr. MENARD J. mai 2005.

L'hôpital public en France : bilan et perspectives. CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL. Paris, 2005, 264p.

L'IVG en France, Propositions pour diminuer les difficultés que rencontrent les femmes. Rapport NISAND, Février 1999.

Stratégies nouvelles de prévention : commission d'orientation de prévention. INPES. Rapport présidé par le Dr TOUSSAINT JF, 15 décembre 2006..

Rapport DUBERNARD n°1092, AN, P. 231, p. 242.

Rapport GIRAUD et LORRAIN n° 138, Sénat, p. 265, 268.

Rapport GIRAUD et LORRAIN n° 372, Sénat, p. 299.

Avis du HCSP sur le rapport du GNTDO, p. 397.

Actes du FORUM HOPITAL EXPO 2006. Santé publique et addictions : comment s'organiser? Pôles hospitaliers et structures médico-sociales.

## OUVRAGES ET ARTICLES

« Aux sources de la loi, la politique de santé publique ». Les éditions des journaux officiels.

Education pour la santé, vers quels métiers. *La santé de l'Homme*, n°353, juin 2001.

L'éducation pour la santé des jeunes. Expertise collective de l'INSERM. Juin 2001

L'état de santé de la population en France en 2006, indicateurs associés à la loi relative à la politique de Santé Publique. La documentation française.

Plan national d'éducation pour la santé. Conseil des ministres, 28 février 2001.

ARH Bretagne. Les réseaux de santé en Bretagne : le guide du promoteur. 2002, sur site internet.

AUJOULAT I., MARTIN F., DECCACHE A. Repères pratiques pour mettre en place un processus de promotion de la santé. *La santé de l'homme*. Juillet – Août 2002, n° 360, pp. 27 – 29.

CORMIER M. Mutations et enjeux des coopérations hospitalières, *AJDA* 27 février 2006

F. KOHLER. Le médecin acteur de santé publique. UHP de Nancy.

KRAJIC K. Pourquoi et comment promouvoir la santé à l'hôpital ? *La santé de l'homme*. Juillet – Août 2002, n° 360, pp. 18 – 19.

MARTIN F. Promouvoir la santé à l'hôpital : un facteur de qualité ? *La santé de l'homme*. Juillet – Août 2002, n° 360, pp. 22 – 24.

MARTIN F. Santé et hôpital : choc de culture? *La santé de l'homme*. Juillet – Août 2002, n° 360, pp. 16 – 17.

MAURY F., GRENIER J-L. Maladie chronique, soins et éducation thérapeutique : un nouvel enjeu pour l'hôpital ? *La santé de l'homme*. Juillet – Août 2002, n° 360, pp. 25 – 27.

MENARD J. L'histoire de santé familiale. Rapport, mai 2005. Publication web SFSP.

PAREAUD P., BEYRAGUED L. Education du patient à l'hôpital. Quels moyens, quelles perspectives ? *Revue hospitalière de France*. Septembre – Octobre 2005, n° 506, pp. 25 – 28.

POLLEZ B. Prendre soin... complètement. *Revue hospitalière de France*. Septembre – Octobre 2005, n° 506, pp. 32 – 35.

SCHERB B. Associations, usagers. Quelle lace au sein des établissements de santé ? *Revue hospitalière de France*. Septembre – Octobre 2005, n° 506, pp. 29 – 31.

TRUCHET D. Etablissement public de santé et système de santé, *AJDA* 27 février 2006

WEILL-GEIS C. Les missions d'intérêt général. Nouveau socle du service public de santé à l'hôpital. *Revue hospitalière de France*. Septembre – Octobre 2005, n° 506, pp. 56 – 60.