

CONTRIBUTION DE L'ANFIIDE AU GROUPE DE TRAVAIL DU HCSP

"PLACE DES OFFREURS DE SOINS DANS LA PRÉVENTION"



**OFFREURS DE SOINS IDENTIFIÉS COMME AYANT UN RÔLE DANS LA PRÉVENTION
SERVICES HOSPITALIERS TYPE MCO / SSR / PSYCHIATRIE, QU'ILS SOIENT PUBLICS
OU PRIVÉS, QUELLE QUE SOIT LEUR ÉCHELLE DE STRUCTURATION
(GROUPEMENT, PÔLES, ETC...)**

STRUCTURES PROFESSIONNELLES TYPE URPS

**STRUCTURES D'EXERCICE REGROUPÉ TYPE CENTRE DE SANTÉ, MAISONS DE
SANTÉ, RÉSEAUX, ETC...**

**STRUCTURES ASSURANTIELLES ET DE PRÉVOYANCE : ASSURANCE MALADIE, MSA,
MUTUELLES ET GROUPES MUTUALISTES, CAISSES DE RETRAITE,...**

ACTEURS LIBÉRAUX DE SANTÉ COORDONNÉS OU NON

**SERVICES SPÉCIALISÉS DE SECTEUR AMBULATOIRE : PMI, SANTÉ AU TRAVAIL,
SANTÉ SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE, PLANNING FAMILIAL, CENTRE DE
DÉPISTAGES ANONYMES ET GRATUITS,...**

**STRUCTURES ASSOCIATIVES DE PROFESSIONNELS, DE PATIENTS, DE SECTEUR
GÉOGRAPHIQUE,...**

POINT DE VUE SUR LA PLACE QUE TIENT LA PRÉVENTION DANS L'ACTIVITÉ DES OFFREURS DE SOINS

Acteurs clefs

Ceux des structures identifiées :
professionnels du soin ou pas

Evolutions observées / soignants

Depuis la loi HPST de 2009, de
plus en plus de soignants formés
(cf. Attestation de formation aux
40 heures en ETP, D.U., Master,
particulièrement chez les
infirmier.e.s) mais peu
d'ouverture sur des pratiques
pluridisciplinaires organisées,
reconnues, et rémunérées.

Pourtant, il existe une
compétence spécifique au thème
dans le référentiel de formation
des IDE : « Initier et mettre en
œuvre des soins éducatifs et
préventifs ».

Evolutions observées / publics

- Augmentation du rôle des associations de patients dans les prises de décision politiques et opérationnelles
- Ouverture plus large de la tranche d'âge des publics visés (prévention des addictions, y compris aux écrans, chez les enfants en bas âge, par exemple)
- Investissement des patients dans un rôle de partenaire (ré-interrogation des notions de consentement éclairé et de contrat de soin, Cf. Loi du 04 mars 2002, lois du 22 avril 2005 et du 2 février 2016 sur la fin de vie
- Évolution des mentalités vers une moindre consommation de soins au profit d'une meilleure qualité de vie, ce qui ré-interroge le panier de soins vers une médecine plus intégrative (associant des approches thérapeutiques non médicamenteuses dites « non conventionnelles »)

Evolutions observées / besoins des publics

- Bénéficier d'une information éclairée
- Accessibilité de proximité aux dispositifs de prévention, à tous les âges de la vie
- Intégration au panier de soins des approches dites « complémentaires non conventionnelles » aux conditions tarifaires habituelles (conditions de prise en charge adaptées = ouverture au remboursement)

Principales difficultés

- Mise en réseau et coordination des prises en soin entre ville et hôpital
- Pas de transversalité dans les formations à la prévention
- Difficulté à coordonner les acteurs autour d'un patient (lors d'un PAI, par exemple, absence du principal effecteur des soins : l'IDEL qui assurera les soins n'est pas conviée aux réunions qui décident de la prise en charge en milieu scolaire)

- Paradigme actuel du système : curatif, ce qui est un frein idéologique et opérationnel à l'organisation de la prévention.

- Le modèle économique valorise les soins curatifs au détriment des interventions préventives
- Inégalité d'accès aux interventions préventives selon les territoires
- Inégalité d'accès à l'innovation appliquée à la prévention

Pertinence de l'offre pour répondre aux besoins

- Offre insuffisante aux plans quantitatif et qualitatif ne permettant à ce jour aucune vision à long terme d'une politique ou d'une stratégie uniquement basée sur la prévention, en particulier en prévention primaire

Besoins nécessaires pour y répondre

- Formation des acteurs comme des décideurs et des financeurs
- Financement des interventions préventives
- Engagement politique plus affirmé

RÉALISATION D' ACTIONS DONT VOUS AURIEZ CONNAISSANCE : PROGRAMME D'ETP « OBÉSITÉ » (AUTORISATION ARS OCCITANIE)

Public cible

- Patient adulte présentant un IMC compris entre 30 et 40

Financement

- Budget FIR de l'ARS Occitanie

Acteurs impliqués

- Association Loi 1901 porteuse du projet « ASTERIA »

Formation des professionnels

- Attestation de formation aux 40 heures en ETP +/- diplômes additionnels (DU, Master, ...)

Professionnels impliqués

- Une équipe pluridisciplinaire composée de : IDE, Diététicienne, Psychothérapeute, Ostéopathe.

Partenaires

- Association de patients « Mieux Être XL »

Forces

- Implication bénévole des professionnels (mais généralement non quantifiée)
- Équipe pluridisciplinaire de formation ancienne (culture commune et valeurs partagées)
- Souplesse de gestion des projets liée au contexte associatif
- Possibilité de disposer d'une salle de réunion
- Contexte porteur au regard de la prévalence du problème

Faiblesses

- Durée d'élaboration des projets (2 ans en interne + 2 ans d'instruction par l'ARS)
- Inconstance des attendus de l'ARS durant l'instruction du dossier d'autorisation
- Difficultés à recruter des bénéficiaires, certains ne se reconnaissent pas dans le problème
- Communication et médiatisation difficiles
- Contraintes administratives liées au déroulement du programme
- Nécessité de décliner les interventions (ateliers) en dehors

des heures habituelles de travail des professionnels (activité parallèle à leur activité de base), le choix du jour des interventions (samedi) excluant certains bénéficiaires potentiels

- Ateliers collectifs imposés par le modèle de programme excluant la possibilité de suivis individuels
- Trame de programme très standardisée (connaissances, nutrition, activité physique, soutien psychologique +/- motivation) applicable quelle que soit le problème de santé considéré
- Approche ETP stricte au détriment de l'éducation pour la santé : obligation de recruter à IMC 30 minimum (obésité validée) quand l'épidémiologie prédit des morbidités à IMC sup. ou = à 28 (surpoids)

Caractère innovant

- Dimension pluridisciplinaire de l'équipe
- Dimension associative ambulatoire (la quasi totalité des programmes autorisés émanent de structures hospitalières ou de réseaux)

Freins

- Recrutement laborieux demandant une grande implication en temps et en moyens d'information et de communication
- Rémunération insuffisante et inadaptée : financement par tranches de 25 personnes ayant suivi l'intégralité du programme (zéro euros de subvention si 24 bénéficiaires), 50 personnes attendues la 4^{ème} année d'autorisation
- Vulnérabilité sociale, culturelle, voire culturelle, de la population ciblée
- Absence de coordination avec certains services adresseurs potentiels (lesquels ont parfois

leur propre programme, d'où une file active directement mobilisable)

- Difficultés à mobiliser nos propres collègues qui n'identifient pas et n'orientent pas les bénéficiaires potentiels de leur clientèle (et de leur entourage) vers le programme

Éléments facilitateurs

- Un médecin dans le CA de l'association : caution médicale du contenu du programme obligatoire pour obtenir l'autorisation
- Implication des professionnels et présence de personnes ressources dans l'équipe (méthodologie de projet)
- Liberté donnée aux professionnels par les administrateurs de l'association de mener à bien le projet et de faire vivre le programme

Conditions de reproductibilité

- Programme et ses outils modélisés, donc partageables et partagés (sur notre site internet par exemple, ou sur le site national OSCARS compilant les programmes autorisés par l'ensemble des ARS de France)

Satisfaction des publics

- En cours d'évaluation. Les premiers résultats valident une satisfaction générale après suivi du programme.

Satisfaction des professionnels

- En cours d'évaluation. A priori, satisfaction liée à l'expérience d'une pratique différente de la pratique professionnelle habituelle.

Dispositifs existants facilitateurs

- Aucun dispositif n'a facilité la mise en œuvre du programme (jusqu'aux Restos du Cœurs qui

ont refusé un partenariat au motif que les professionnels intervenant dans le programme n'étaient pas des bénévoles, ou à un service hospitalier qui n'a jamais répondu à une demande de RDV malgré 3 relances).

DISPOSITIFS ET/OU ACTIONS À DÉVELOPPER

Place des hôpitaux

- Décalage entre leur rôle historique et structurel dédié au curatif, et l'engagement récent dans des programmes d'ETP à un moment du parcours du patient non propice à des actions de prévention
- Décalage entre les moyens matériels et humains nécessités par l'organisation d'actions de prévention, et la réalité des ressources disponibles sur le terrain
- Décalage entre la notion de promotion de santé dédiée à des personnes non malades (prévention primaire, Cf. OMS) et la mission des hôpitaux accès sur le curatif mobilisant le cas échéant des actions de prévention secondaire, tertiaire, voire quaternaire

Place des communautés

- Implication aléatoire, inégale sur les territoires, non organisée, peu coordonnée
- Interventions en prévention non reconnues financièrement en dehors de rares projets (consultation AVK des pharmaciens par exemple)
- Absence de cartographie partagée de l'offre et de la ressource en compétences (professionnels de santé non répertoriés)
- Nécessité de la présence d'un médecin pour accéder à l'autorisation délivrée par l'ARS

- Transparence totale des interventions préventives réalisées par les professionnels libéraux en dehors d'un programme autorisé (absence d'acte dédié dans leur NGAP)

Place de la pratique avancée

- En attente du Décret de compétences et de formation

Compétences concernées

- Cf. Arrêté du 31 Mai 2013 qui fixe les compétences nécessaires pour conduire un accompagnement éducatif et/ou le coordonner
- Ces compétences n'ont pas à être justifiées en dehors d'un programme autorisé par l'ARS

Lien avec les partenaires non soignants

- Idéalement, intégration de représentants des patients concernés dans l'élaboration du programme
- Manque de connaissance et d'identification des partenaires non soignants (IREPS, CoDES, associations de patients,...)
- Nécessité de créer du lien avec les non-soignants, quelle que soit leur structuration

Partage digital (concernant ASTERIA)

- Site internet de l'association présentant le programme (contenu, contact,...)
- Partage via Google Drive d'un fichier « Carnet de bord » assurant le suivi du programme et accessible aux seuls professionnels (sous réserve des dispositions réglementaires liées à la loi informatique et libertés)
- D'une manière plus générale, s'appuyer sur des solutions digitales à construire (appli smartphone, ressources multimédia sur internet, voire plateforme dédiée,...)

Place de l'utilisateur comme bénéficiaire, comme acteur

- Participation à l'élaboration des programmes (le rendre acteur, voire auteur)
- Engagement dans des associations de patients comme soutien d'autres patients
- Acculturation des citoyens à la prévention et partenariat lors de la mise en œuvre des programmes ou des interventions
- Contribution à la politique préventive, engagement en santé communautaire, développement de la démocratie sanitaire

Champs couverts par la prévention

- Tous les aspects de la vie, en lien ou non avec la santé au sens de l'OMS (pas que la dimension

médicale) : Cf. Objectifs de Développement Durable de l'OMS

Objectifs de prévention, organisation, impact

- Viser la qualité de vie et la santé pour tous, dans tous les aspects de la vie, à tout âge, et dans tout milieu (Cf. prévention primaire a minima)
- Agir dans tous les milieux de vie (scolaire, travail, loisirs, domestique, etc.) par des professionnels soignants ou non selon le niveau de prévention envisagé, selon des principes de santé solidaire (équité du système, accessibilité à tous, réduction des inégalités en santé,...)
- Résultat attendu : meilleure qualité de vie, diminution des dépenses de santé (efficience)

Pistes d'amélioration, recommandations

- Former des acteurs
- Place des usagers : intégration à l'élaboration des politiques de santé, travail sur les représentations
- Campagnes de médiatisation plus diversifiées
- Reconnaissance financière des interventions préventives
- Facilitation administrative de l'élaboration des programmes (subvention par tranches de 10 bénéficiaires, et non plus de 25, voire 50)
- Identifier des lieux dédiés, diversifier les infrastructures de santé publique
- Faire évoluer les représentations par des changements de dénomination (exemple remplacer « assurance maladie » par



« assurance santé », « ministère de la santé » par « ministère du bien-être »)

Bonnes pratiques, innovation

- Cf. Objectifs de Développement Durable de l'OMS :

Convention d'Objectifs et de Gestion Etat / Assurance Maladie

- Pas d'avis sur ce thème

Formation

- Formation initiale : promouvoir de façon plus explicite la

dimension préventive des soins et le contexte dans lequel elle s'exerce

- Formation continue : élargir la formation des 40 heures en ETP à tout professionnel agissant en prévention (en pas seulement à ceux intervenant dans un programme autorisé par l'ARS) et l'ouvrir plus à l'éducation pour la santé (EPS)
- Intégrer les usagers aux formations, former des patients-experts
- Développer les formations en accès eLearning

- Favoriser les formations pluriprofessionnelles
- Favoriser les échanges internationaux

Connaissances et accès aux ressources mobilisables

- Meilleure information sur les ressources existantes
- Mise à disposition de ces ressources sur des plateformes internet pour en faciliter l'accès et l'utilisation
- Partage collaboratif des actions et outils des acteurs

ATTENTES À 5 ANS

- Être proactif : laisser la créativité s'exprimer (quitte à la soumettre à évaluation)
- Passer de l'intention à l'action : nécessité d'une volonté politique affirmée, de moyens financiers et humains
- Favoriser la coordination entre décideurs (ARS), payeur (UNCAM), et offreurs quels qu'ils soient
- Accompagner l'information et la responsabilisation des citoyens à maintenir leur capital santé, développer la santé communautaire
- Créer des lieux dédiés en proximité, dans les lieux de vie (exemple : galeries marchandes), « maisons de la santé » dans les quartiers
- Concernant les hôpitaux, réorientation de leurs activités sur des plateaux centralisés d'hyper-technicité curative, la prévention devenant une prérogative des structures ambulatoires de proximité.



ANFIIDE 

secretariat@anfiide.com www.anfiide.com

RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE - AFFILIÉE AU CII

Contribuons à notre profession en France et dans le Monde