

Société Française de Santé Publique
ASSOCIATION LOI 1901 – RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE

Note sur l'article 17 du PLFSS 2023 portant création de consultations de prévention à 3 âges de la vie

La présente note est le fruit d'un travail collectif mené au sein de la SFSP.

SYNTHESE

Principaux enjeux

1. Passer d'une mesure à une politique de santé.
2. Appréhender la santé comme « une ressource pour la vie » plutôt que comme « l'absence de maladie ».
3. Passer du « pour quoi » au « comment » : un gage d'efficacité.
4. Diminuer les inégalités sociales de santé.
5. Agir prioritairement sur les facteurs sociétaux.

Huit recommandations

1. Inscrire ces rendez-vous dans le cadre d'un continuum d'interventions (prévention, éducation pour la santé) déjà existant, en évitant les redondances.
2. Inscrire ces rendez-vous dans une perspective de promotion de la santé, mettant en avant la santé comme ressource.
3. Adapter leur contenu au parcours de vie de la personne (représentations de la santé, littératie en santé, conditions d'existence, ...).
4. Déployer le dispositif de rendez-vous en appliquant le principe d'universalisme proportionné.
5. Assurer la continuité de l'accompagnement au regard des constats, demandes ou recommandations formulées durant ce rendez-vous.
6. Dégager les moyens et ressources nécessaires aux objectifs poursuivis^{1,2}.
7. Inscrire les rendez-vous de la prévention au regard des ressources et organisations territoriales existantes.
8. Prévoir et mettre en œuvre l'évaluation de la mise en place et des effets de ces rendez-vous de la prévention.

¹ Rist S. & al. : Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 (n° 274) ; 13 octobre 2022.

² A titre illustratif, travaux de l'institut Montaigne : https://www.institutmontaigne.org/initiatives/budget-2023#faq18924_6 (consulté le 03 novembre 2022).

Contexte

Le 31 octobre 2022, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, a été considéré comme adopté, en première lecture, par l'Assemblée nationale en application de l'article 49, alinéa 3 de la Constitution.

Ce projet de loi intègre diverses mesures en faveur de la prévention. Il se veut « volontariste » sur la prévention avec :

- La mise en place de « rendez-vous de prévention » à trois âges clés de la vie (20-25 ans, 40-45 ans et 60-65 ans)
- Le dépistage sans ordonnance des infections sexuellement transmissibles (remboursement complet pour les moins de 26 ans)
- L'accès gratuit et sans ordonnance à la contraception d'urgence pour les femmes (pilule du lendemain)
- De nouvelles compétences de prescription vaccinale pour les pharmaciens, les infirmiers, les sages-femmes
- La lutte contre le tabagisme avec l'augmentation des prix du tabac

Le gouvernement annonce ainsi vouloir « passer à une logique plus préventive que curative ». La mise en place de ces rendez-vous de prévention à trois âges clés de la vie constitue l'une des mesures phares annoncées en faveur de la prévention. Cette mesure est l'objet de l'article 17 du PLFSS.

Lors de son premier examen par l'Assemblée nationale, plusieurs amendements à cet article 17 ont été déposés, portant notamment sur les thèmes à aborder lors de ces consultations. Certains de ces amendements ont été retenus au terme de la première lecture.

Principaux enjeux

Le déploiement de tels rendez-vous de prévention renvoie à un ensemble d'enjeux plus généraux qu'il nous semble important de rappeler.

1. Passer d'une mesure à une politique de santé.

Ces mesures, quels que soient leur intérêt et pertinence, ne constituent pas à elles seules une politique de santé. Elles doivent s'inscrire dans le cadre et le prolongement de la Stratégie nationale de santé (SNS) et du plan national de santé publique (« Priorités prévention »). La prochaine SNS 2023-2028 constituera le véritable marqueur du virage préventif de notre système de santé dans la mesure où ce virage s'accompagnera des ressources adéquates à sa mise en œuvre. Il serait également pertinent de mettre en avant (et de plaider pour) le continuum de la prévention tout au long du parcours de vie : un parcours de prévention qui débute durant les 1000 premiers jours et qui se poursuit ensuite.

2. Appréhender la santé comme « une ressource pour la vie » plutôt que comme « l'absence de maladie ».

Le contenu et les modes d'organisation de ces rendez-vous de prévention témoigneront de l'approche de la santé privilégiée : la santé comme absence de maladie ou comme ressource pour la vie. A ce titre, l'exposé des motifs de l'article 17 laisse à penser que l'approche retenue est celle, limitative, de

l'absence de maladie. En effet, il y est souligné que les rendez-vous de prévention doivent permettre « de prévenir la maladie au bénéfice de l'utilisateur et du système de santé ».

La santé ne doit pas se limiter à sa dimension physique mais inclure également, comme nous l'a rappelé la crise Covid-19, les dimensions mentale et sociale.

3. Passer du « pour quoi » au « comment » : un gage d'efficacité.

Les modes d'organisation de ces rendez-vous, leur intégration dans le parcours de vie et de santé de la personne, les ressources mobilisées pour ce faire conditionneront l'efficacité et l'efficience de cette mesure.

Dans le cadre d'un précédent avis demandé en 2018 par le Ministre des Affaires sociales et de la Santé concernant la mise en place d'une consultation de dépistage et de prévention des femmes de 25 ans, la Haute autorité de santé avait interrogé le niveau de preuves scientifiques permettant de justifier l'intérêt des consultations de prévention et avait dégagé les principes généraux qui devraient être mis en œuvre pour des actes de prévention en direction des populations concernées³. Actuellement, il n'existe pas de preuve scientifique permettant de dire que des visites de prévention « tout venant » aient un impact sur la mortalité ou la morbidité en général⁴ ou pour des maladies cardiovasculaires⁵. Au contraire, ces stratégies peuvent induire « sur-diagnostic » et « sur-traitement ».

Par ailleurs, les professionnels de santé n'ont aujourd'hui ni la formation, ni les outils leur permettant de mener des actions de prévention conformes aux bonnes pratiques, sauf ceux d'entre eux qui ont fait un choix volontaire en ce sens, dans le cadre de leur formation continue. Le bon déroulement, l'efficacité, la non-nocivité des consultations de prévention demanderont un étayage fort de la qualité des pratiques des professionnels de santé concernés.

4. Diminuer les inégalités sociales de santé.

Les modalités de leur déploiement au niveau de la population et au sein du système de santé influenceront sur les inégalités sociales de santé, pouvant soit les augmenter, soit les diminuer.

L'application de méthodes pour rejoindre (dispositifs « aller vers »), comprendre les freins et rechercher l'adhésion des « non recourant » à ces consultations devra être une priorité. En particulier, la mobilisation de démarches participatives et de démarches communautaires favorisant l'implication des usagers et de leur entourage (familial, amical, aidants...) devrait être privilégiée. Les instances de démocratie en santé, à tous les échelons et notamment territorial/départemental, auraient vocation à être saisies pour assurer le suivi de la mise en œuvre de ces rendez-vous de la prévention et associées pour participer à la mobilisation sociale nécessaire.

L'impératif de réduction des inégalités sociales de santé, via l'accès à des consultations de prévention, pourra s'appuyer sur l'expérience de l'Assurance maladie acquise via ces centres d'examen de santé :

³ Avis n° 2019.0033/AC/SEESP du 29 mai 2019 du collège de la Haute Autorité de santé relatif à la place des consultations de prévention dans la stratégie nationale de santé

⁴ Krogsbøll et al General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis BMJ 2012;345:e7191 doi: 10.1136/bmj.e7191

⁵ Dyakova et al. (2018) Systematic versus opportunistic risk assessment for the primary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 1. Art. No.: CD010411. DOI: 10.1002/14651858.CD010411.pub2

programme combinant repérage de la précarité en santé⁶, mise en place de bilans modulés suivant l'âge et le sexe et évalué en termes de prise en charge et d'accès aux soins⁷. Les expériences de consultations dites de prévention, tout venant, déployées sans organisation et sans encadrement collectif, montrent qu'elles renforcent les inégalités sociales de santé en saturant le système par des consultations d'usagers qui en ont le moins besoin.

5. Agir prioritairement sur les facteurs sociétaux.

Enfin, la complémentarité entre approches individuelles et collectives doit être assurée. En effet, ces rendez-vous de prévention s'inscrivent pleinement dans deux des 5 dimensions d'intervention de la promotion de la santé (Charte d'Ottawa 1986) : le renforcement des aptitudes individuelles des personnes et la réorientation des services de santé. Ils ne doivent cependant pas être un prétexte pour négliger ou laisser de côté les 3 autres dimensions d'intervention collectives, organisationnelles et politiques de la promotion de la santé.

L'approche comportementaliste et individuelle doit être précédée par la mise en place des conditions collectives nécessaires à un environnement favorable à la santé, qui facilitera l'adoption par les personnes des comportements de santé recherchés. Pour y parvenir, il conviendra d'éviter les situations d'injonctions paradoxales et de culpabilisation des personnes.

En abordant le sujet de l'obésité, un éditorial du « The Lancet public health », publié en 2018⁸, témoignait de cet enjeu en soulignant : « *there is a "need for strong additional legislative changes that focus on societal factors and the food industry, rather than individuals or families". The time to blame and stigmatise individuals and families is over. Governments and health policy makers need to take bolder, more definitive steps to tackle the obesity epidemic—it will not be reversed without decisive leadership* ».

⁶ Labbe E, et al. (2015) A new reliable index to measure individual deprivation: the EPICES score. European journal of public health 25, 4, 604-9.

⁷ - Sass C et al. (2011). Observance des conseils de prévention et de soins chez les populations vulnérables : l'expérience des centres d'examen de santé de l'Assurance maladie. Pratiques et Organisation des Soins, 42, 79-87.

⁸ Health, T. L. P. (2018). Tackling obesity seriously: the time has come. The Lancet. Public health, 3(4), e153.



Source : King (2006)

Huit recommandations

Ces enjeux essentiels étant posés, la mise en œuvre des rendez-vous de prévention inscrits dans le PLFSS 2023 nous semble devoir s'appuyer sur les recommandations suivantes :

1. Inscrire ces rendez-vous dans le cadre d'un continuum d'interventions (prévention, éducation pour la santé) déjà existant, en évitant les redondances.

Articuler ces 3 nouveaux rendez-vous avec les consultations de prévention déjà existantes ou les dispositifs de prévention déjà mis en œuvre (pratiques de prévention des équipes de soins primaires ; centres d'examen de santé ; PMI ; santé au travail ; dispositifs portant sur la vie affective et sexuelle, les addictions, dépistages organisés des cancers et des infections sexuellement transmissibles ; santé universitaire...).

2. Inscrire ces rendez-vous dans une perspective de promotion de la santé, mettant en avant la santé comme ressource.

Orienter ces rendez-vous pour renforcer le pouvoir d'agir des personnes (éviter une approche informative limitée à un simple apport de connaissance ou à des injonctions qui sont inefficaces).

S'appuyer sur des leviers d'interventions probants (exemple : interventions brèves⁹) et sur des outils scientifiquement établis (plaidoyer en faveur du Nutriscore).

Fournir aux professionnels de santé des supports simples, si possible en format FALC (facile à lire et à comprendre), sur les principales thématiques de santé, qui puissent être support au dialogue et remis à l'utilisateur.

⁹ Lamming, L., Pears, S., Mason, D., Morton, K., Bijker, M., Sutton, S., & Hardeman, W. (2017). What do we know about brief interventions for physical activity that could be delivered in primary care consultations? A systematic review of reviews. *Preventive Medicine*, 99, 152-163.

Fournir aux usager.e.s des outils et supports simples, notamment (mais pas exclusivement) numériques. Développer des approches collectives autant qu'individuelles.

Développer, notamment au sein des structures d'exercice coordonné, des approches collectives (de groupe) associant les acteurs du territoire dans une perspective intersectorielle, et les usagers.

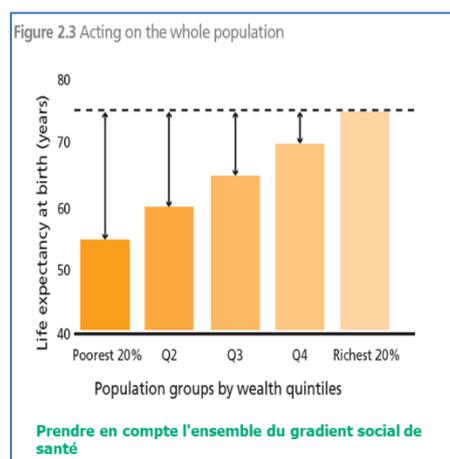
3. Adapter leur contenu au parcours de vie de la personne (représentations de la santé, littératie en santé, conditions d'existence, ...).

Personnaliser ce contenu en rapport avec les besoins de santé qui diffèrent, bien sûr, aux 3 âges retenus mais également selon le sexe ou la situation sociale. Voir amendements déposés lors de la discussion à l'assemblée nationale (ex. : AS1190, AS456, AS767, AS829).

Personnaliser également en fonction du parcours de vie et de santé dans lequel s'inscrit la personne (motivations, connaissances, aptitudes et compétences préexistantes).

4. Déployer le dispositif de rendez-vous en appliquant le principe d'universalisme proportionné.

Assurer une démarche « d'aller vers » les populations les plus éloignées du système de santé afin d'éviter une aggravation des inégalités sociales de santé (pour tenir compte de l'« Inverse equity hypothesis »).



5. Assurer la continuité de l'accompagnement au regard des constats, demandes ou recommandations formulées durant ce rendez-vous

Intégrer les conclusions du rendez-vous dans « mon espace santé ».

Assurer l'orientation éventuellement nécessaire vers d'autres professionnels de santé (au sens large, secteurs sanitaire, médico-social, social ou éducatif).

6. Dégager les moyens et ressources nécessaires aux objectifs poursuivis^{10,11}.

¹⁰ Rist S. & al. : Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 (n° 274) ; 13 octobre 2022.

¹¹ A titre illustratif, travaux de l'institut Montaigne : https://www.institutmontaigne.org/initiatives/budget-2023#faq18924_6 (consulté le 03 novembre 2022).

En tenant compte de la situation de la démographie des soignant.e.s dans chaque territoire, privilégier le recours à des acteurs.trices présentant les compétences requises : professionnel.le.s de santé formé.e.s à la promotion de la santé, à l'éducation pour la santé et à l'éducation thérapeutique.

Ne pas s'enfermer dans une logique de professions (il ne s'agit pas d'en faire une « consultation » « médicale » ou « infirmière »....).

Elargir l'éventail des professionnel.le.s pouvant les assurer ou y contribuer (parmi les professionnel.le.s du soin, de la santé, de la santé publique, de la promotion de la santé, de l'éducation en santé ou du travail social : médiateur en santé....).

Renforcer la prévention et la promotion de la santé dans la formation initiale et continue obligatoire de tou.te.s les soignant.e.s et professionnel.le.s actuel.le.s et futur.e.s de la santé ou du travail social

Améliorer la connaissance qu'ont les soignant.e.s de la prévention et de la promotion de la santé, en distinguant la sensibilisation (qui peut se faire par e-learning et lecture) et la formation, qui doit conduire à la mise en capacité d'agir et demande un travail souvent en présentiel, avec interactions, du type mise en situation, partage d'expériences, etc.

S'inscrire dans les projets de santé de l'exercice coordonné actuel : équipes de soins primaires, maisons ou centres de santé et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

7. Inscrire les rendez-vous de la prévention au regard des ressources et organisations territoriales existantes.

Présenter pour avis, pour un territoire donné, le dispositif envisagé au Conseil territorial de santé. Intégrer le dispositif dans le projet territorial de santé de manière à construire ou consolider des environnements favorables à la santé, ainsi qu'à organiser l'aval des rendez-vous et des recommandations issus de ces rendez-vous.

8. Prévoir et mettre en œuvre l'évaluation de la mise en place et des effets de ces rendez-vous de la prévention.

Des indicateurs de processus et de résultats devraient être identifiés et définis.