



**RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



# **Financement des actions de prévention primaire des établissements de santé**

**Présentation du rapport IGAS : AC Bensadon, F Turblin, B Maurice**

PROMOTION DE LA SANTE : STRUCTURER, ÉVALUER ET VALORISER

5<sup>ÈME</sup> COLLOQUE LIEUX DE SANTÉ PROMOTEURS DE SANTÉ

PROPOSÉ PAR LE RESPADD

1ER AVRIL 2025, ANGOULÊME

AC Bensadon

## Des travaux inscrits dans les suites de la réforme de financement des établissements de santé

- Trois compartiments pour le financement des établissements de santé (champ MCO, HAD) :
  - Financement à l'activité
  - Dotations sur objectifs de santé publique
  - Dotations sur missions spécifiques
- Rapport IGAS sur le financement de la prévention primaire 2023-084 R
- Décret 2025-186 du 25 février 2025 précisant notamment le contenu des dotations sur objectifs de santé publique, dont :
  - Les activités visant à la promotion de comportements favorables à la santé, ainsi que les prises en charge s'inscrivant dans un objectif d'amélioration de la prévention; du dépistage et de l'éducation pour la santé ; la nutrition ; la lutte contre les addictions ; la santé sexuelle

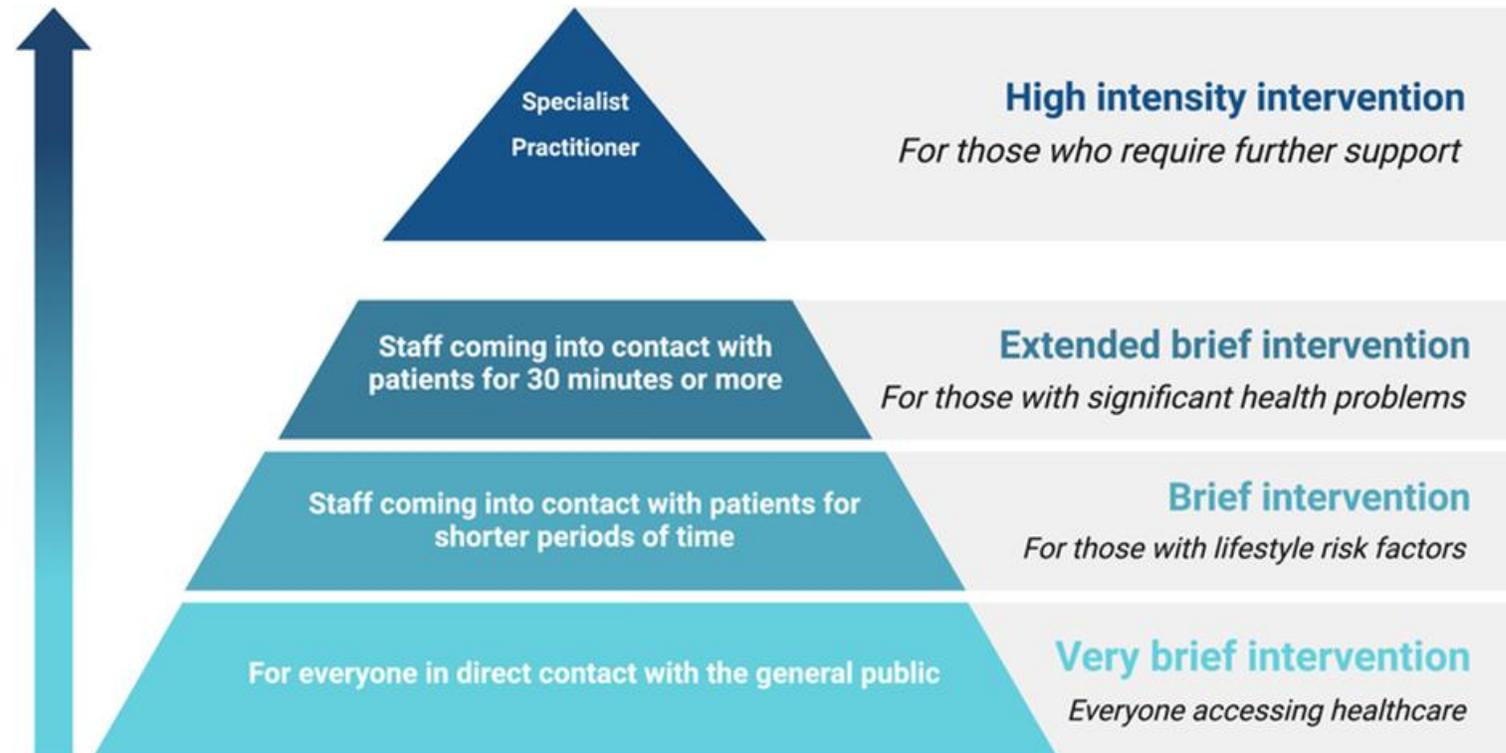
# Le champ de la prévention primaire

- Le rapport ne résume pas à lui seul les actions de prévention menées ou à mener
- **Porteur de débats** sur les contours de la prévention primaire, sur le choix de cette classification de la prévention plutôt qu'une autre mais le choix s'explique compte tenu du champ de la réforme : MCO, HAD
- **Vise à conforter la place des établissements de santé** comme un acteur du dispositif de prévention, au côté des autres intervenants, y compris de prévention primaire : cf. rapport du HCSP sur la prévention
- **Impact positif de la prévention primaire sur les dépenses d'assurance maladie avec une amélioration de la santé publique** (réduction de la morbidité et de la mortalité évitable, impact sur les affections de longue durée...)
- Une volonté de passer à une logique de financement systémique de la prévention pour les établissements de santé

# La méthode MECC (1)

- Une démarche mise en œuvre depuis de nombreuses années au Royaume Uni
- Objectifs : favoriser des changements de comportements favorables à la santé
- Tirer parti des nombreux contacts que le personnel de santé et les services sociaux entretient avec les personnes dont il s'occupe et dont il prend soin
- Concerne toutes les personnes qui sont prises en charge en établissement en hospitalisation, sans distinction, mais adaptation à leurs besoins
- Importance du volontariat, non stigmatisant, complémentaire de l'aller vers, aller vers à l'envers

## La méthode MECC (2)



## La méthode MECC (3)

- Interventions très brèves

Permettent de fournir des informations basiques aux personnes pour les motiver à changer leur comportement ou les orienter vers des appuis extérieurs. De 30 secondes à moins de deux minutes

- Interventions très brèves

Réalisées par séquences brèves (moins de 10 minutes) par le personnel de santé en contact régulier avec des patients dont le mode de vie présente des facteurs de risques menaçant leur santé, elle peut prendre la forme d'une discussion orale ou d'un encouragement, avec ou sans support ou suivi écrit. Orientation possible

- Orientation

Avec accompagnement, jusqu'à la prise de RV  
Expérience du Pays de Galles

- Caractère probant de ces méthodes démontré

- Possibilité d'intégration à la démarche soignante

## La méthode MECC (4)

- Importance du choix des déterminants et de la formation
- Alcool, tabac, activité physique, alimentation
- Volonté d'obtenir un effet massif en limitant de façon conventionnelle le périmètre des actions
- Garder un caractère probant, à partir d'une méthode évaluée
- Rapport de l'OMS de 2018 : les risques pour la santé associés aux facteurs de risque comportementaux les plus courants (tabagisme, consommation nocive d'alcool, manque d'activité physique et mauvaise alimentation) ont un impact direct sur les dix principaux facteurs contribuant à la charge de morbidité



## Allier impulsion nationale, territorialisation et simplification

- Adaptation à partir de supports existants
- Le rapport propose une phase pilote avec sélection de 100 établissements par les ARS, dispositif basique de recueil et suivi des actions de prévention
- Puis une montée en charge progressive intégrant les enseignements de la phase pilote et une territorialisation tenant compte des spécificités
- Quel que soit le statut des établissements. Le champ est celui de la réforme du financement des établissements MCO. Application à l'HAD



## Importance du rôle des soignants

- Actions à leur proposer en priorité, volontariat
- Sortir de la logique du « tout soin » prescrit et laisser une place plus importante au rôle propre des soignants avec une approche globale du malade

# La méthode de travail de la mission

- Echange avec des acteurs institutionnels, de représentants de patients, directions d'administration centrale DGOS, DGS, DSS, Secrétariat général des ministères sociaux, Assurance maladie, HAS, SPF, HCSP, fédération des établissements de santé, conférences médicales et conférences de directeurs, Professionnels de santé, UNPS, MILDECA - mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives-, ISPED institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement, sociétés savantes, EHESP, SFSP, personnalités qualifiées...
- Echange avec les Départements de France
- Travail étroit avec des personnalités reconnues dans le domaine de la prévention : F ALLA, P Arwidson, F Chauvin, E Rush (CNS)
- Questionnaire et échange avec les ARS
- Echange et déplacements en France dans des établissements : Angers, CHU de Bordeaux, HCL, APHP, Nantes, CH de Lens, clinique de Belledune à Grenoble,
- Benchmark avec déplacement au Royaume-Uni, Conseiller des affaires sociales, NHS, visite d'un établissement ; échange avec le Pays de Galles; observatoire européen des politiques
- Analyse de la littérature