

# Prévention en santé

## Feuille de route

2023 - 2027

issue des

- 2 journées parlementaires qui ont réuni 300 coalisés
- 114 contributions écrites
- 5 ateliers de travail



**Cyrille Isaac-Sibille**, Député  
**Franck Chauvin**, Professeur en santé publique  
**Xavier Iacovelli**, Sénateur

*Avec la participation de :*

**Olivier Richefou**, Président de département  
**Christophe Nguyen**, Psychologue du travail

# Mot des coalisés

Naissance de la démarche, objectifs et méthode



Alors que la France possède toutes les ressources humaines, scientifiques, innovantes, financières .... Notre système de santé, et particulièrement la prévention n'évolue que très lentement.

La genèse des journées parlementaires pour la prévention en santé provient d'un constat : en 1945, les pères fondateurs de l'Assurance maladie ont créé un système de santé axé quasi exclusivement sur les soins, au détriment de l'aspect préventif. Aujourd'hui, face aux défis que sont le vieillissement de la population, la chronicisation des maladies, les crises sanitaires, **notre système de santé n'est plus en capacité d'absorber une quantité toujours plus importante de patients atteints de pathologies évitables.**

De manière urgente, il nous faut accélérer le virage préventif pour préserver ce système de santé et garantir une égalité à la santé pour tous. Pour ceci, nous devons exiger un **portage politique fort** et donner une visibilité à cette politique de prévention.

Nous sommes à un moment clé, celui d'apporter une solution concrète aux tensions de notre système de santé par une politique de prévention.

Il nous faut aller au-delà de la promesse émise par les ordonnances de 1945, de prendre en charge les soins individuels, et **faire une nouvelle promesse à nos concitoyens, celle de vivre en bonne santé le plus longtemps possible.** Le Conseil National de la Refondation est un temps fort dans lequel les coalisés souhaitent inscrire leur démarche.

Parce que les multiples acteurs de la prévention se coordonnent peu, la méthode adoptée dans le cadre de ces journées parlementaires a été de les réunir tous, acteurs en charge de la santé, de l'éducation, de l'alimentation, de la mobilité, de l'activité physique et du sport, acteurs institutionnels ou associatifs, publics ou privés.

Cette feuille de route en faveur d'une politique systémique de prévention et de promotion de la santé est issue de leurs propositions.

Les propositions, de la coalition, qui reste mobilisée, s'appuient sur les multiples initiatives prometteuses et probantes existantes, pour construire une politique commune, convergente et ne souhaitent pas créer de nouvelle structure.



Franck Chauvin,  
Professeur de santé publique



Cyrille Isaac-Sibille,  
médecin ORL et Député du Rhône



Xavier Iacovelli,  
Sénateur des Hauts-de-Seine

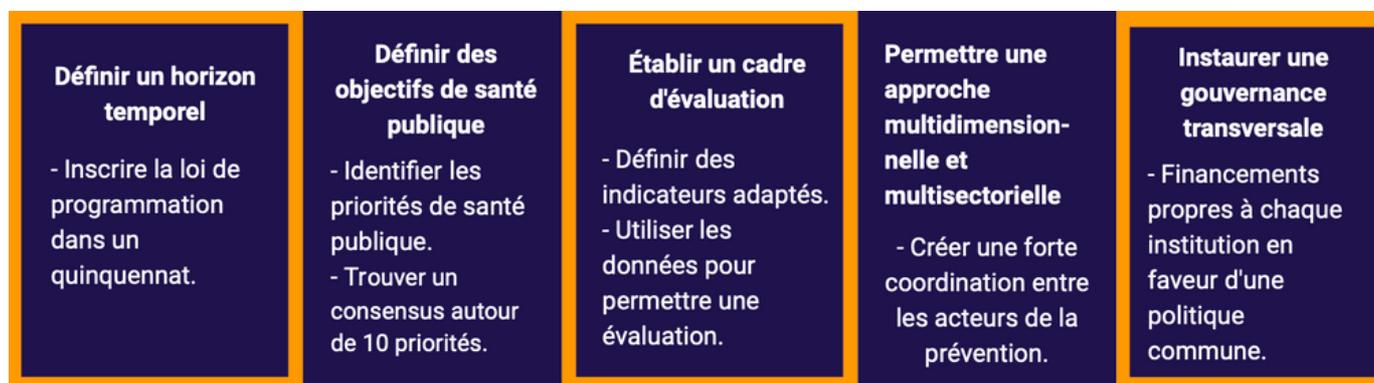
# Pour une politique systémique de prévention en santé

Construire une politique de santé publique, c'est prendre en charge la santé des Français dans leur ensemble et de chacun, quelle que soit son origine ou son appartenance sociale, garantir un environnement favorable à la santé, favoriser les bons comportements pour prévenir les maladies. C'est en cela que la coalition défend une **approche populationnelle de la santé, en fonction des déterminants de santé**, qu'ils soient socio-économiques, environnementaux, comportementaux, une politique ciblée pour « aller-vers » ceux qui en ont le plus besoin, ceux qui sont les plus éloignés de leur santé. Car la prévention en santé est enjeu social. C'est un combat pour l'égalité des chances, fondé sur l'universalisme proportionné.

Améliorer la santé de la population dans son ensemble, et de chaque individu, est un objectif largement partagé et inscrit dans les textes fondateurs de notre République. Ce principe n'impose pas seulement d'agir pour garantir l'accès aux soins, mais surtout d'apporter les conditions matérielles et intellectuelles à chacun pour rester en bonne santé physique et morale.

La première dimension de cet objectif a été atteinte : l'espérance de vie s'est constamment améliorée. Cependant, le premier échec de la France est qu'elle détient le triste record de l'espérance de vie en mauvaise santé. **Son second échec, c'est que les progrès en santé n'ont pas profité de la même manière à chacun, et que les inégalités sociales de santé ont eu tendance à se creuser.**

Cette politique de prévention opérationnelle coordonne l'ensemble des acteurs impliqués, en s'appuyant sur les actions et les structures déjà existantes pour :



Contrairement aux idées reçues, elle permet aussi d'obtenir des résultats à court terme .

**Autour de trois cibles clés et de trois lieux de vie propices aux actions de prévention et de promotion de la santé :**

- 1- Les **jeunes**, où ils apprennent (écoles-collèges-lycées-universités)
- 2- Les **actifs**, où ils travaillent (entreprises-collectivités territoriales-établissements de santé, artisans...)
- 3- Les **personnes âgées**, où elles vivent.

En mobilisant largement la société autour des enjeux de prévention, un **triple objectif** s'annonce :

- « Aller vers » un certain bien-être lié aux bons comportements en santé.
- **Réduire les inégalités** sociales et territoriales de santé (ISTS).
- **Réduire le fardeau des maladies** afin de décharger le système de santé, sans manquer de reconnaître le rôle essentiel que jouent les médecins, les pharmaciens, les sage-femmes et autres professionnels de santé et soignants tels que les infirmiers et les biologistes en matière de conseils, vaccinations, dépistages, etc.

## Avec une déclinaison dans les territoires dès le premier et dernier kilomètres par :

- L'ensemble des professionnels de santé.
- De nouveaux métiers : médiateurs, promoteurs en santé, préventeurs et assistants.
- Des référents prévention présents au sein de chaque structure (écoles, entreprises, services d'aide à la personne, ...);
- Les élus et les fonctionnaires territoriaux en charge des politiques publiques.

Cela nécessite de créer une véritable filière « santé publique », ainsi que des formations pour les managers (grandes écoles), les professionnels de santé (maquettes de formation complétées par un module « santé publique »), diplômes universitaires, brevet en prévention (comme il existe un brevet de secourisme).

## CONSTATS :

- Pas de pilotage national, une multiplicité d'acteurs, une gouvernance éparpillée, un manque de coordination, pas d'objectif, de priorité et d'indicateur, des financements dispersés, pas d'évaluation des actions.
- Existence d'une Stratégie nationale de santé précisant les priorités de cette politique publique, mais peu de visibilité sur son élaboration et son suivi.

## Priorités :

- Instaurer un **portage politique fort avec une gouvernance incarnée**.
- Fixer **dix priorités**, délimitées suivant les âges : trois pour l'enfance, trois pour le travail et quatre pour les personnes âgées, avec des **actions évaluables scientifiquement**.
- Créer une **filière des métiers** de la prévention.
- S'appuyer sur les **centres d'expertise** (HAS, SPF, CIRC...).
- Adopter des financements pérennes et accroître le **budget de la recherche en prévention** (mise en place de programmes de recherche).
- Améliorer la détection des préfragilités.

## Moyens :

- Donner une visibilité à cette politique et définir un horizon temporel en permettant au Parlement de débattre de la Stratégie Nationale de Santé.
- Mettre en place un ministre délégué à la prévention pour assurer l'interministérialité.
- **Définir des objectifs de santé publique, trouver un consensus autour des dix priorités et des cibles** populationnelles pour améliorer la santé mentale et la santé physique.
- **Donner une lisibilité aux financements** : sous-Ondam « Santé Publique et Autres », budget de la recherche en prévention, financements pluriannuels.
- **Décliner** cette politique dans chaque territoire dès le premier et dernier kilomètres :
  - Par la création de référents-coordonateurs auprès des Préfets, des IREPS, et de référents « prévention » au sein de chaque structure.
  - Coordonner leurs actions avec les conseils territoriaux de santé, les contrats locaux de santé et les CPTS. Développer les conseils locaux de santé mentale.
- Instaurer des taxes comportementales (taux de sucre, de sel et de gras dans les produits transformés et par unité d'alcool).
- Mettre en place des **centres de ressources probantes** répertoriant les actions prometteuses et probantes.
- Cartographier les bases de données sectorielles, pour adapter les programmes de prévention au contexte individuel et mettre en évidence de nouveaux facteurs et déterminants de santé.
- Utiliser et croiser les données sociales et sanitaires provenant de l'ensemble des institutions pour aller chercher les personnes qui en ont le plus besoin, comme nous avons pu le faire lors de la crise sanitaire.
- Recourir aux approches prédictives pour évaluer le bénéfice des politiques.

# Liste des contributeurs

- Académie de Clermont-Ferrand
- Académie de Lyon
- Académie nationale de médecine
- Acteurs de la Prévention
- Active-Fneapl (fédération nationale des entreprises des activités physiques et sportives)
- Aéma Groupe, AÉSIO mutuelle, Macif, Abeille assurances, Ofi Invest
- Agirc-Arrco
- Alenium Consultants
- Allianz
- Amandine MAMELIN, Bruno GIRARDON, Olivier LEMAIRE, Joël CARON, Gilles DELAPIERRE
- Association des médecins conseillers techniques de l'Éducation nationale (ASCOMED)
- Association Addictions France
- Association CAMI Sport & Cancer
- Association des Assureurs Mutualistes (AAM)
- Association des Départements de France (ADF)
- Association nationale des points accueil-écoute jeunes (ANPAEJ)
- Carsat Hauts-de-France
- Carsat Rhône-Alpes
- Céline SCHNEBELEN, Directrice en charge de la santé publique, CHU d'Angers
- Centre International de Recherche sur le Cancer (IARC)
- Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP)
- Centre d'Expertise National des Technologies de l'Information et de la Communication pour l'autonomie (CENTICH)
- Cepheid
- Cercle Prévention & Santé
- Chaire « HYGEE-PRESAGE », Université Jean Monnet
- Chang LI-PANG, Gériatre
- Christophe CAPUANO, Roméo FONTAINE, Agnès GRAMAIN, Julie MICHEAU, Florence WEBER
- Club Ensemble pour Bien Vieillir
- Caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM)
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
- Coalition européenne contre les maladies cardiaques structurelles (EU SHD coalition)
- Collectif BAMP
- Collège de Liaison des Internes de Santé Publique (CLISP)
- Collège National des Enseignants en Médecine Scolaire
- Com'Publics
- Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)
- Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)
- Convention Nationale des Associations de Protection de l'Enfant (CNAPE)
- Direction des services départementaux de l'Éducation nationale de Meurthe-et-Moselle, Service infirmier
- Direction de l'Administration pénitentiaire
- Elbe
- Empreinte Humaine
- Euros / Agency Group
- Fédération Addiction
- Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)
- Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés solidaires (FEHAP)
- Fédération des Prestataires de Santé à Domicile (FEDEPSAD)
- Fédération de Services à la Personne et de Proximité (FEDESAP)
- Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF)
- Fédération Française d'Addictologie (FFA)
- Fédération Nationale d'Éducation et de Promotion de la Santé (FNES)
- Fédération Nationale des Associations de Directeurs d'Établissements et services pour Personnes Âgées (FNADEPA)
- Fédération nationale des orthoptistes (FNO)
- Fédération Hospitalière de France (FHF)
- Groupe VYV
- Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP)
- Health Data Hub
- Infirmiers Anesthésistes du Collectif Régional Auvergne Rhône-Alpes (CIARA)
- Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS)
- Institut Pasteur de Lille
- IQVIA, Bristol-Myers Squibb
- Fédération Française des Masseurs Kinésithérapeutes Rééducateurs (FFMKR)
- Commission Santé Numeum
- Les AIDUCATEURS
- Les Libéraux de Santé (LDS)
- Libheros
- MILDECA
- Michèle TARDIEU, Directrice stratégie et performance, ARS Auvergne
- Maison de Blandine
- Malakoff Humanis
- Meriem BOUTERA, Chargée de développement en prévention santé des chefs d'entreprise, CMA Pays de la Loire
- MG France
- ADOSEN – Prévention Santé MGEN
- Mission « Refonder la politique de santé publique », Professeur Franck CHAUVIN
- Mission Refondation de la santé publique
- Mission Santé Jeunes
- Monsieur Bernard Serin
- Mutualité Sociale Agricole (MSA)
- Mutualité Française
- Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH)
- Nightline France
- Novo Nordisk
- Observatoire Nationale de l'Activité Physique et de la Sédentarité (ONAPS)
- Ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK)
- Ordre national des pédicures-podologues (ONPP)
- Ordre National des Pharmaciens (CNOP)
- Pensons Patients
- PharmD
- Prevent2Care Lab
- Programme « Vivons en Forme » (VIF)
- Rectorat de l'Académie de Clermont-Ferrand
- Rectorat de Lyon
- Reset Paris
- RPP Group
- Sanofi France
- Syndicat Des Audioprothésistes (SDA)
- Saveurs & Vie
- Santé Publique France (SPF)
- Syndicat des Biologistes (SDB)
- TCoach Monsieur Tristan de Groulard "les aiducateurs"
- Think tank CRAPS
- UNICANCER
- Union des podologues (UP)
- Union d'organismes de prévoyance à gestion paritaire (OCIRP)
- Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine (USPO)
- Union Nationale des professionnels de santé (UNPS)
- Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPPS)
- Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS)
- Réseau des universités pour l'éducation à la santé (UNIRÉS)
- Uni Santé Prévoyance
- Université Clermont Auvergne (UCA)
- Santé Bucco-dentaire Madame Tubert Jeannin
- Vin et Société

# 1. Prévention en faveur des jeunes

## CONSTATS :

Les comportements qui s'installent dès le plus jeune âge et les environnements (physiques et sociaux) dans lesquels se développent les enfants conditionnent leur avenir en matière de santé. Un faible niveau d'éducation est associé à une dégradation des indicateurs sanitaires.

**Objectif :** Améliorer la capacité des enfants à devenir acteurs de leur santé.

## Se focaliser sur trois priorités pour favoriser le bien-être des enfants en améliorant leur santé mentale et leur santé physique

- Respect de soi (lutte contre les addictions).
- Apprentissage du libre arbitre et respect des autres (lutte contre le harcèlement)
- Surcharge pondérale ou maigreur extrême.

## Cibles :

- Enfants de 3 à 15 ans, en milieu scolaire et périscolaire (Expérimentation Alliance).
- Personnes de 16 à 25 ans.

## Indicateurs :

- Niveau de littératie en santé et Compétences Psychosociales, évalués grâce à un questionnaire.
- Poids, diabète, activité physique.
- Nombre de Tentatives de Suicides (TS) chez les moins de 24 ans.

## Moyens :

- Développer un environnement favorable à la santé en milieu scolaire et périscolaire en permettant l'acquisition de connaissances en littératie en santé et de compétences psychosociales en travaillant sur les déterminants de santé.
- Pour les plus grands, les tiers-lieux de prévention pourraient répondre aux disparités d'accès à l'éducation à la santé. Toujours en associant les parents comme dans la politique des 1000 premiers jours.
- Favoriser une promotion de la santé par les pairs (exemple : ligne téléphonique d'écoute).
- Développer la prévention communautaire.

## Exemple de mise en oeuvre : ALLIANCE

L'expérimentation Alliance est une intervention qui agit sur l'environnement de l'enfant dans sa globalité : scolaire (Éducation nationale) et périscolaire (Communes).



# 1- Les partenaires d'Alliance



## 2- Une méthode : la coordination des partenaires

- Une coordination territoriale forte entre écoles et communes, les deux fonctionnant de manière concomitante afin de traiter l'environnement de l'enfant dans son ensemble - école et périscolaire (CLSH, cantine, garderie du soir...). La coordination est confiée à des promoteurs de santé (profil master de santé publique ou sciences de l'éducation) placés, à terme, au sein des IREPS ou au sein de la préfecture (SGAR).
- Un COFIL par bassin de vie, puis un COFIL régional, se réunissant de façon trimestrielle. Les autres acteurs de la prévention doivent être intégrés à cette coordination, tels que l'ARS, les universitaires, le réseau des villes OMS, l'ONAPS, les IREPS et toute autre association locale.

## 3- Une intervention : une formation et des outils

### DANS LES ECOLES

- Intégrer les professionnels de santé scolaire, lorsqu'ils sont présents sur le territoire, à la rédaction des projets d'école.
- Développer les « écoles promotrices de la santé » avec le label EDU Santé, en **formant les enseignants** avec des formateurs (IREPS, CPC, IEN) à la santé publique (représentation de la santé, déterminants de santé, promotion de la santé).
- Prévoir un temps de travail en équipe pour définir les priorités de santé des établissements. Utiliser un questionnaire (déjà existant et édité par l'Éducation nationale) pour les enfants et les enseignants dont les résultats, transmis par les universitaires, permettront aux enseignants de cibler leurs outils et thèmes pédagogiques (déjà existants) → Questionnaire à effectuer tous les 3 ans.
- Identification des priorités et des thématiques de travail, permettant ainsi **d'implémenter les programmes répondant aux besoins identifiés** tels que PHARE pour le harcèlement, PACAP pour l'alimentation, l'éducation au goût, la prévention des pratiques addictives, l'éducation à la sexualité, la santé orale...
- Construction de la démarche de projet : objectifs, actions, partenaires qui peuvent être des associations du territoire répondant aux besoins identifiés au sein de l'école.

### DANS LES COMMUNES

- Former les élus municipaux délégués à la scolarité, les responsables du service des écoles, les agents territoriaux (garderie, cantine, périscolaire et AVS suivant le souhait des communes) en santé publique (sur les déterminants de santé, les villes promotrices de santé, la littératie en santé et les compétences psychosociales).
- Fournir aux communes un classeur d'activités à destination des jeunes sur les temps périscolaires, provenant d'un recensement de toutes les activités existantes en périscolaire autour des différents thèmes de santé, et mettre à disposition tout type de dispositifs probants tel que « KIDOULI » (dispositif pédagogique à destination d'un très jeune public concernant la santé buccodentaire).

# 2. Prévention en faveur des actifs

## CONSTATS :

- Le domaine de la santé et celui de la santé au travail sont deux secteurs cloisonnés : la santé au travail ne se réduit pas en une absence d'AT-MP. Certains secteurs professionnels souffrent d'un déficit d'attractivité en raison des conditions de travail et du manque de culture de prévention. Les salariés exigent une amélioration de leurs conditions de travail pour un engagement durable, les employeurs voudraient y répondre mais tous deux méconnaissent les actions possibles et efficaces dans le domaine.
- Si de nombreux outils et initiatives de prévention existent, ils sont souvent mis en œuvre en ordre dispersé. Malgré l'abondance de jurisprudences, de recherches scientifiques, de bonnes pratiques, de guides de prévention à destination des employeurs, de nombreux rapports (Légéron, Lachmann Pénicaud Larose...), ces actions ne se diffusent pas de façon satisfaisantes dans les milieux de travail. La prévention est souvent traitée comme une obligation légale sans vision stratégique.
- Peu de visibilité sur le retour sur investissement des mesures de prévention.

## OBJECTIF :

- Faire en sorte que les lieux de travail soient propices à la prise en compte par l'entreprise de la santé des actifs au même titre que la santé environnementale (relevant de la RSE) ou économique. Faire du lieu de travail (ou de la recherche d'emploi) un espace pour la promotion de la santé au travail, qui est une responsabilité partagée entre le salarié, l'entreprise, les acteurs de la santé et les pouvoirs publics, espace dans lequel les top managers sont pilotes.

## Se focaliser sur trois priorités :

- Bien-être en entreprise
- Surcharge pondérale, nutrition.
- Addictions.

## Cibles :

Les salariés, les fonctionnaires, les demandeurs d'emploi, les dirigeants et les indépendants de 16 à 67 ans.

## Indicateurs :

- L'évolution des indemnités journalières (ATMP, Affections Longue Durée).
- Absentéisme – Turn over par secteur (santé psychologique).
- Poids, diabète, activité physique.

## Moyens

- Visites médicales spontanées pour motifs de risques psychosociaux, de sécurité.
- Questionnaire national de santé et sécurité psychologique au travail.
- Décloisonner l'entreprise dans son écosystème (inspection du travail, CARSAT, jurisprudence, recherches scientifiques, santé publique...). Développer des partenariats entre les pharmacies d'officines et les PME / indépendants / Pôle Emploi ainsi qu'avec les mutuelles pour la mise en place d'actions de prévention auprès de leurs adhérents.
- Développer un socle d'actions probantes en matière de santé mentale.

- Demander aux branches des évaluations des risques et des priorités d'actions annuelles.
- Créer un index de sécurité physique et de sécurité psychologique au travail : apporter une guidance scientifique.
- Permettre une coordination passant par un co-financement de la prévention en santé au travail entre branches, mutuelles, Carsat, et médecine du travail : exiger la production de rapports d'évaluation d'efficacité des mesures de prévention financées par les entreprises (mise en évidence du retour sur investissement).
- Mise en oeuvre d'interventions ponctuelles pour répondre à des besoins spécifiques et des programmes complets sur le long terme (ex : Les séjours de ressourcement).
- Formation, intégrée aux études, au management de la santé et sécurité au travail, de la santé publique, y compris santé psychologique au travail.
- Donner des repères clairs d'actions de prévention répondant à la jurisprudence en matière de droit social et de droit de la sécurité sociale (ex : comment bien remplir un document unique, comment remplir son obligation de moyens renforcée en prévention).
- Donner accès à une plateforme de prévention individuelle et collective (centre de ressources).
- Mettre en place et définir le rôle d'un référent prévention santé : mutualiser les référents santé-sécurité en entreprises.
- Réaliser une campagne nationale sur les risques psychosociaux (au même titre que le tabac).
- Rendre plus concrètes, lisibles et opérationnelles les actions du « plan santé au travail » existantes.
- Mieux coordonner les mesures de prévention par une vision partagée de la bonne échelle d'actions.

#### Exemples :

- Prévention par métier comme l'action « Carie des boulangers », financée par les mutuelles.
- Formation de l'ensemble de la ligne hiérarchique, déclinée par niveau de responsabilité.
- Création d'un réseau de capteurs santé (préventeurs RPS) dont le rôle est la détection, l'orientation et l'accompagnement de situations individuelles (animation de ce réseau par des cellules pluridisciplinaires telles que les sentinelles à la police du Québec).
- Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail au Québec, grille INSPQ : évaluation des pratiques de prévention.
- Intégration d'études de faisabilité humaine du changement dans la gouvernance de projets de changement organisationnel.
- HSE (The Health and Safety Executive) au Royaume-Uni.
- Plateforme digitale « Employeurs pour la santé ».

#### Exemples de déclinaison territoriale :

- Formation des dirigeants, des indépendants et des travailleurs non salariés, à la sécurité du travail : risques physiques et psychosociaux dans les Chambres de Commerce et d'Industrie et les Chambres de Métiers et de l'Artisanat.
- Accompagnement de France Travail pour les chômeurs (aller-vers) : former aux entretiens motivationnels pour encourager aux comportements de santé.
- Formation des DREEST, des CARSAT, des juges de la sécurité sociale et droit social, aux pratiques probantes en matière de santé sécurité.
- Exploitation des indicateurs (CPAM – AT/MP, données des mutuelles Prévoyance) pour orienter des plans d'actions annuels.
- Coordination entre la DARES, la Chaire internationale en santé sécurité, l'ANACT, l'INRS, le comité d'experts et le Service de santé et Prévention au Travail.

# 3. Prévention en faveur des personnes âgées

## CONSTATS :

- Augmentation démographique exponentielle de la population âgée.
- Augmentation du nombre de patients âgés atteints de maladies chroniques et qui sont à risque de dépendance pouvant conduire à une altération de la qualité de vie du patient et de son aidant principal, mais aussi à un coût financier sociétal important.
- Baisse du nombre de vocation des aides à la personne.

**OBJECTIF :** Garantir l'autonomie des personnes âgées par la détection des préfragilités.

## Se focaliser sur quatre priorités :

- Détection des pré-fragilités.
- Dénutrition, surcharge pondérale.
- Isolement.
- Stimulation cognitive.

## Cibles « Aller chercher » :

- Les personnes répertoriées en GIR 5 et 6.
- Grâce aux données de santé, repérer les personnes :
  - n'ayant pas réalisé les bilans de santé promus par l'Assurance maladie.
  - n'ayant pas de médecin traitant.
  - En sortie d'hospitalisation suite à une chute ou une dénutrition.
- S'appuyer sur :
  - Les effecteurs à domicile, services d'aide, autres services (ex : La Poste).
  - Les établissements de santé, les télé-assistants, les professionnels de santé.
- Résidents dans les foyers migrants (ADOMA, SONACOTRA...).

## Indicateurs :

- Poids, activité physique.
- Le taux d'Affectation de Longue Durée (Diabète, maladies cardio-vasculaires).
- L'activité sociale.

**« Le suivi par indicateur n'est pas toujours possible ou pertinent pour tous les domaines d'actions identifiées, et il n'est jamais suffisant. Il est donc important de pouvoir le compléter par des analyses qualitatives, mais aussi parfois de mener des programmes d'évaluation dédiés à des domaines ou des objectifs spécifiques »**

**Avis de la Conférence nationale de la Santé (contribution SNS 2023)**

## Moyens :

- « Aller-vers » grâce aux effecteurs que sont les :
  - Professionnels de santé formés à la promotion de la santé, en renforçant leur rôle (exemple : autoriser la prescription de compléments nutritionnels oraux par les pharmaciens d'officines à la suite d'un entretien nutritionnel et dans l'attente d'une consultation médicale).
  - Nouveaux métiers tels que les préventeurs (CARSAT et mutuelles); les médiateurs (dans les communes).
- Rendre chaque contact source d'information sur la santé, avec une cohérence des messages délivrés (Making Every Contact Count MECC).
- Coordonner ces effecteurs pour recréer un système au service de la santé.
- Développer des dispositifs permettant de révéler les pré-fragilités, tels que ICOPE qui cible les personnes autonomes de 60 ans et plus, basé sur le dépistage, la surveillance et le suivi de six fonctions essentielles au maintien de l'autonomie, grâce à un questionnaire simple : vue, audition, mémoire, mobilité, état psychologique et nutrition.

### Exemple :

Vers un guichet unique pour faciliter les démarches des personnes en perte d'autonomie : pour permettre à chacun de vivre sa vie comme il l'entend en dépit de sa vulnérabilité. La création du **service public territorial de l'autonomie (SPTA)** pour soutenir l'alliance entre les différents acteurs de cette politique publique autour d'un même objet : faciliter la vie des personnes âgées et en situation de handicap et affirmer une unicité de réponses. Pour y parvenir, ce dispositif comprend quatre blocs de missions :

1. l'information et l'orientation,
2. la gestion des droits,
3. la recherche de solutions concrètes médico-sociales et de droit commun,
4. la prévention.

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) élaborerait un cahier des charges national, qui identifierait précisément les attendus autour de ces différentes missions.

Ce serait ensuite aux acteurs des territoires de déterminer, en concertation, leur organisation afin de satisfaire aux objectifs fixés. Cette collégialité dans la prise de décision garantit qu'il n'y ait pas d'initiatives désordonnées qui viennent rajouter une couche à l'ensemble.

Nous proposons l'installation d'une conférence territoriale de l'autonomie (Cotea), présidée dans chaque département par le Président de la collectivité, avec un Vice-Président, qui serait le Directeur général de l'ARS ou son représentant. Elle compterait une instance décisionnelle réduite et une autre plus large associant l'ensemble des acteurs, dont les usagers, pour déterminer les orientations.

# Prévention en santé

## Feuille de route

2023 - 2027



**Contacts :**

Carine Frappa-Rousse au 06 79 46 46 04

Karin Kamalanavin au 06 33 64 93 00

Mail :

[cyrille.isaac-sibille@assemblee-nationale.fr](mailto:cyrille.isaac-sibille@assemblee-nationale.fr)

[franck.chauvin@univ-st-etienne.fr](mailto:franck.chauvin@univ-st-etienne.fr)