
AVIS

Relatif au déploiement des rendez-vous prévention prévus par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023

20 mars 2023

Par saisine du 23 novembre 2022, la Direction générale de la santé (DGS) sollicite le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) sur le déploiement des rendez-vous prévention prévus par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 (cf. annexe 1).

En particulier, il est demandé au HCSP de :

- Élaborer des recommandations concernant les éléments de contenu essentiel à aborder et à explorer lors des rendez-vous aux différents âges-clés (20-25 ans, 40-45 ans et 60-65 ans) avec les enjeux particuliers de chacune de ces tranches d'âge en termes de santé publique ;
- Préciser les éléments de contenu qui peuvent être personnalisés lors de la phase préalable à l'entretien ou de l'autoévaluation en amont des rendez-vous de prévention, tels que l'alimentation, l'activité physique et sportive, la santé mentale, les addictions, le sommeil, la santé sexuelle, ...
- Réaliser des recommandations quant aux conditions de réussite pour le déploiement de ces bilans et faire des propositions s'agissant des professionnels à mobiliser pour la réalisation de ces bilans et entretiens motivationnels, et recommander les outils à mettre à leur disposition à partir de l'existant français et au plan international ;
- Évaluer la question de la traçabilité des informations recueillies et des orientations au titre du parcours de santé, la place du médecin traitant, des infirmiers de pratique avancée (IPA), et aux Infirmiers Diplômés d'État (IDE) ;
- Envisager l'aval des rendez-vous de prévention, l'organisation des parcours des citoyens.

Dans la lettre de saisine, il est attendu une réponse du HCSP en 2 temps avec de premiers éléments à la fin janvier 2023 comportant les contenus des rendez-vous et les conditions de réussite de leur réalisation et un avis finalisé avec la totalité des recommandations à la fin février 2023.

SOMMAIRE

I. CONTEXTE ET MISE EN PERSPECTIVE PAR RAPPORT A LA STRATEGIE NATIONALE DE SANTE ...	4
II. METHODOLOGIE - GLOSSAIRE	5
III. HISTORIQUE ET CONTEXTE	9
1. L'HISTORIQUE EN FRANCE	9
2. POSITION DU HCSP	10
3. AU NIVEAU INTERNATIONAL	11
IV. LE DISPOSITIF DES RENDEZ-VOUS DE PREVENTION.....	13
1. AMBITION/UTILITE.....	13
1.1. REDUIRE LE POIDS DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES.....	13
1.2. FAVORISER LA PREVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTE	13
1.3. INTEGRER LA SANTE MENTALE DANS LE DISPOSITIF DES RENDEZ-VOUS DE PREVENTION	14
1.4. FAIRE LE LIEN AVEC LES AUTRES DISPOSITIFS DE PREVENTION EXISTANTS	14
2. PRESENTATION GLOBALE DU DISPOSITIF DES RENDEZ-VOUS PREVENTION	15
2.1. LES ETAPES	15
2.2. LES DIFFERENTES SITUATIONS POSSIBLES A L'ISSUE DES RENDEZ-VOUS	15
2.3. LES CLASSES D'AGE CONCERNEES PAR LE DISPOSITIF DES RENDEZ-VOUS	16
3. DESCRIPTION DETAILLEE DU DISPOSITIF DES RENDEZ-VOUS PREVENTION.....	16
3.1. CIBLER.....	16
3.2. ENTRER EN CONTACT	17
3.3. LE PREMIER CONTACT	18
3.4. LE RENDEZ-VOUS PREVENTION	19
3.5. LE SUIVI A LA SUITE DU RENDEZ-VOUS PREVENTION	25
4. SYSTEME D'INFORMATION, EVALUATION DU DISPOSITIF ET RECHERCHE	27
4.1. LA NECESSITE DE RECOURIR AUX SYSTEMES D'INFORMATION POUR CIBLER, SUIVRE ET EVALUER LE DISPOSITIF	27
4.2. LA TRAÇABILITE DES RENDEZ-VOUS PAR LA CREATION D'UNE NOMENCLATURE SPECIFIQUE ET INTEGRATION DANS « MON ESPACE SANTE »	28
4.3. L'EVALUATION DU DISPOSITIF ET RECHERCHE.....	29
5. QUESTIONS ETHIQUES, ET JURIDIQUES	30
V. PERSPECTIVES.....	36
1. CONDITIONS DU SUCCES.....	36
1.1. LA LITTERATIE EN SANTE ET PREVENTION DE LA SANTE.....	36
1.2. UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DE LA SANTE MENTALE	36
1.3. LE FINANCEMENT	37
1.4 LA FORMATION	38
1.5 L'ORGANISATION DE L'AVAL	38
2. L'EXTENSION DU DISPOSITIF.....	39
2.1 EXTENSION CONCERNANT LA TEMPORALITE.....	39
2.2 EXTENSION DU CONTENU	39
2.3. PRISE EN COMPTE DU GENRE.....	39
2.4 EXTENSION AU-DELA DE L'INDIVIDU.....	39

2.5 IMPLICATION DES CITOYENS	40
2.6 E-OUTILS	40
<u>VI. RECOMMANDATIONS.....</u>	40
1. CONTEXTE - PRINCIPES - AMBITION	41
2. DISPOSITIF GLOBAL	41
3. DISPOSITIF DETAILLE	42
3.1. CIBLER	42
3.2. ENTRER EN CONTACT	42
3.3. PREMIER CONTACT	43
3.4. LE RENDEZ-VOUS PREVENTION	43
3.5. LE SUIVI.....	44
4. SYSTEME D'INFORMATION, TRAÇABILITE ET EVALUATION DU DISPOSITIF	45
5. FACTEURS DE REUSSITE	45
<u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</u>	47
<u>ANNEXE 1 – SAISINE DE LA DIRECTION GENERALE DE LA SANTE EN DATE DU 23 NOVEMBRE 2022.....</u>	55
<u>ANNEXE 2 – COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL.....</u>	58
<u>ANNEXE 3 - LISTE DES STRUCTURES AUDITIONNEES ET DES CONTRIBUTIONS ECRITES.....</u>	59
<u>ANNEXE 4 – TEXTES COMPLEMENTAIRES</u>	61
LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES.....	61
REFERENTIEL DE PRATIQUES DE L'EXAMEN DE PREVENTION EN SANTE. TRAVAUX SUISSES, QUEBECOIS, LES CENTRES D'EXAMENS DE SANTE SUR LE CONTENU RECOMMANDE.....	64
LA SANTE MENTALE	69
LA LITTERATIE EN SANTE.....	71
ENTRETIEN MOTIVATIONNEL	76
<u>ANNEXE 5 - AVIS DU HCSP RELATIF A LA SEDENTARITE ET A L'ACTIVITE PHYSIQUE.....</u>	81
<u>ANNEXE 6 - L'EXEMPLE RISQUE DE CHUTES ET DE PERTE DE MOBILITÉ.....</u>	84
<u>ANNEXE 7 – LE CAS PARTICULIER DES POPULATIONS MIGRANTES.....</u>	86
<u>ANNEXE 8 - SANTE SEXUELLE</u>	89
LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS UTILISEES	91

I. CONTEXTE ET MISE EN PERSPECTIVE PAR RAPPORT A LA STRATEGIE NATIONALE DE SANTE

Le HCSP a été saisi par la Direction générale de la santé le 23 novembre 2022 concernant le « Déploiement des « Rendez-vous Prévention » prévus par le projet de financement de la sécurité sociale pour 2023 ».

Le groupe de travail du HCSP constitué pour répondre à cette saisine, souhaite au préalable contextualiser ses réflexions en lien avec les travaux du HCSP concernant la Stratégie nationale de santé (SNS) (Groupe de travail piloté par Franck Chauvin et Didier Lepelletier), pour les deux raisons suivantes :

- La cohérence entre l'ensemble des recommandations développées dans ces deux travaux, les « Rendez-vous prévention » devant s'intégrer dans les propositions d'actions de la SNS en matière de prévention,
- Le positionnement des trois « Rendez-vous prévention » dans une dynamique d'intervention de promotion de la santé et de prévention tout au long de la vie. Ces trois « Rendez-vous Prévention » pourraient représenter trois temps « phares » permettant d'établir le bilan des périodes de vie antérieures et proposer de mesures de prévention au citoyen pour rester en bonne santé entre ces rendez-vous. Ces rendez-vous peuvent également être l'opportunité d'orienter les personnes vers une prise en charge médicale si nécessaire.

Le suivi et l'évaluation de ces trois « Rendez-vous Prévention » pourraient être intégrés dans les missions du comité de suivi proposé par le HCSP pour le pilotage de la SNS.

Enfin, ces « Rendez-vous prévention » doivent être déployés en cohérence avec certaines des 12 propositions d'actions de la future SNS, notamment :

- Proposition d'action 1 de la SNS : « Réaliser des évaluations au fil de l'eau ». Les trois « Rendez-vous Prévention » pourront faire l'objet également d'évaluation *in itinere*.
- Proposition d'action 2 : « Repenser l'organisation des métiers autour d'une seule cible : assurer le « parcours de santé » du citoyen/patient tout au long de la vie ». Les trois « Rendez-vous Prévention » pourraient représenter des périodes clefs de la vie (et non des âges clefs) avec une approche plus continue (inter rendez-vous).
Proposition d'action 3 : « Opérationnaliser le concept de *Health in all policies* ». Les trois « Rendez-vous prévention », s'ils étaient isolés d'autres interventions de prévention plus larges, seraient probablement peu efficaces. Ces « Rendez-vous Prévention » représentent des étapes clés pour promouvoir des démarches de prévention et également réaliser des bilans de santé, au sens large, des citoyens (notamment les déterminants individuels et environnementaux de la santé) et de les orienter vers des professionnels de santé si nécessaire. Cette approche montre que ces « Rendez-vous Prévention » représentent des éléments d'une stratégie plus structurante, définie en détail dans la proposition d'action 5 de la SNS qui s'appliquent aux trois « rendez-vous prévention » : le HCSP recommande dans le cadre de ses travaux contributifs à la future SNS dans sa proposition d'action 5, de :
 - Définir une stratégie globale de prévention et de promotion de la santé / santé mentale et accentuer encore la pression dans la lutte contre les grands facteurs de risque que sont le tabac et l'alcool.
 - Promouvoir les métiers de la prévention et la promotion de la santé et le cas échéant engager la création de nouveaux métiers.
 - Sortir des approches centrées sur les professionnels et établissements de santé.
 - Favoriser l'intervention précoce en prévention et éducation pour la santé, avec l'objectif d'améliorer la littératie en santé et soutenir le déploiement des interventions prometteuses ou probantes sur le territoire.
 - Repenser le financement de la prévention.

- Renforcer la territorialisation des approches de prévention.
 - Développer des stratégies de promotion et de prévention de la santé en concertation avec les actions européennes.
- Proposition d'action 7 : « Favoriser une approche territoriale » qui est prise en compte dans le déploiement des « Rendez-vous Prévention ».
 - Proposition d'action 8 : « Prendre en compte les spécificités de l'Outre-mer ». Ces spécifications devront également s'intégrer dans la démarche des « Rendez-vous Prévention ».

La question du financement des « Rendez-vous Prévention » est également abordée dans ce rapport et le HCSP soutient l'idée de la cohérence entre les ambitions de tels « Rendez-vous Prévention », leur gouvernance et leur financement, comme cela est développé dans la proposition d'action 9 de la contribution du HCSP pour la future SNS (repenser la gouvernance et le financement du système de santé).

Par ailleurs, le groupe de travail « Rendez-vous Prévention » du HCSP souligne, comme dans le rapport contributif à la future SNS¹, l'importance de la littératie en santé et la nécessité de renforcer les actions envers les plus fragiles pour leur déploiement.

Ces trois « rendez-vous Prévention » sont déclinés en trois temps principaux :

- 1) L'amont (cibler, contacter les plus fragiles et favoriser leur contact avec le système de santé),
- 2) Le rendez-vous lui-même (phase de synthèse, de co-priorisation et co-construction du projet de santé de la personne),
- 3) L'aval (implémentation, coordination, suivi).

La cohérence entre la contribution du HCSP pour une future SNS et la création de ces trois « Rendez-vous Prévention » ne se résume pas au rendez-vous lui-même mais suggère la place prépondérante des phases d'amont et d'aval dans le succès de ce nouveau dispositif de prévention pour la population générale.

II. METHODOLOGIE - GLOSSAIRE

Afin de répondre à cette saisine, le HCSP a mis en place un groupe de travail (GT) *ad hoc* composé d'experts membres ou non du HCSP, piloté par Véronique Gilleron, présidente de la Commission spécialisée « Système de santé et sécurité des patients » et de François Eisinger, président de la Commission spécialisée « Déterminants de santé et maladies non-transmissibles » du HCSP (Annexe 2).

Le GT a travaillé selon la méthode habituelle du HCSP basée sur une recherche documentaire notamment sur les initiatives efficaces au niveau international, la réalisation d'auditions et la demande de contributions écrites auprès des différentes parties prenantes, limitées par les contraintes et les échéances.

Quelques éléments de glossaire sont apparus essentiels à préciser pour la bonne compréhension du contenu de cet avis :

¹ Haut Conseil de la santé publique. Stratégie nationale de santé, contribution du Haut Conseil de la santé publique : disponible sur <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1285>

- Les notions de prévention et de promotion de la santé, éléments clés des rendez-vous prévention,
- La manière dont les étapes du dispositif ont été déroulées,
- Les techniques de marketing social auxquelles il a été envisagé d'avoir recours dans le cadre du ciblage et de la motivation des personnes,
- L'écosystème des données de santé au sein duquel ces rendez-vous prévention s'inscriront.

➤ La prévention et la promotion de la santé

La prévention et la promotion de la santé sont souvent associées dans la littérature. De fait, les stratégies de prévention et de promotion de la santé s'inscrivent dans un *continuum* et leur définition relèverait donc de la définition d'une frontière. De façon fonctionnelle, il convient également de distinguer plusieurs opérations réalisables dans le champ de la prévention : le repérage qui regroupe un ciblage des risques, la prévention qui peut représenter les actions menées à la suite du ciblage des risques individuels et la promotion de la santé qui pourrait être assimilée à des messages généraux adaptés aux données épidémiologiques recensant les risques dans une population cible et proposant des actions globales diminuant ces risques, mais également un travail d'autonomisation des individus dans la gestion de leur santé et dans leurs compétences pour en limiter les risques.

En 1986, la charte d'Ottawa [1] a positionné la promotion de la santé dont le but est de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Conceptuellement, la promotion de la santé représente un processus politique et social qui combine des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, afin de réduire leurs effets négatifs sur la santé des individus et des populations. Les interventions se situent alors, dans et hors du système de santé.

La prévention, toujours selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), est « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ». Ainsi la promotion de la santé serait un des moyens mobilisables pour atteindre une prévention.

Néanmoins la prévention et la promotion de la santé pourraient aussi se distinguer par leur finalité : la santé (globale) *versus* la prévention des maladies (même multiples).

Il existe plusieurs segmentations de la prévention :

- une segmentation chronologique (à quel moment intervient-on ?, on en distingue ainsi trois types : primaire (diminuer l'incidence d'une maladie dans une population), secondaire (diminuer la prévalence d'une maladie dans une population) et tertiaire (diminuer la prévalence des incapacités chroniques, des récives, des complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie).

Une autre segmentation existe [2]. La prévention est alors décrite comme :

- Universelle, c'est-à-dire destinée à l'ensemble de la population quel que soit son état de santé,
- Sélective lorsqu'elle s'adresse à des sous-groupes de populations spécifiques (femmes, adolescents, etc.) et enfin
- Ciblée si elle est fonction non seulement de sous-groupes de la population mais aussi et surtout, de l'existence de facteurs de risque spécifiques à cette partie de population (glycosurie chez les femmes enceintes).

Enfin, une autre sub-classification (en six catégories) de la prévention de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 définit des objectifs à la politique de prévention :

La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population ... :

- 1) *A réduire les risques éventuels pour la santé...*
- 2) *A améliorer les conditions de vie et à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ;*
- 3) *A entreprendre des actions de prophylaxie et d'identification des facteurs de risque ainsi que des programmes de vaccination et de dépistage des maladies ;*
- 4) *A promouvoir le recours à des examens biomédicaux et des traitements à visée préventive ;*
- 5) *A développer des actions d'information et d'éducation pour la santé ;*
- 6) *A développer également des actions d'éducation thérapeutique*

L'objectif du rendez-vous de prévention à des âges clés de la vie

Le rendez-vous prévention hiérarchise les risques individuels de santé autour des données familiales, biologiques, de comportements de santé et de l'environnement. La hiérarchisation des risques repose sur une prévention des maladies dont la survenue est probable chez une personne donnée et en fonction de son importance aux yeux de la personne concernée lorsqu'elle a été correctement informée.

Ces risques sont plus précisément :

- Médicaux : cardiovasculaires, cancers, atteinte de la santé mentale
- Liés aux comportements tabac, alcool, alimentation, exercice physique
- Environnementaux : infections (d'où vaccinations), risques professionnels, risques liés aux activités de la vie quotidienne, sécurité routière, sport
- Familiaux : antécédents familiaux.

➤ Le dispositif des rendez-vous prévention

Le dispositif a été « découpé » en 5 étapes :

1. Le ciblage

Par ciblage on entend la définition des caractéristiques de la population concernée par le dispositif. La saisine formellement prévoit un critère d'âge : 20-25 ans, 40-45 ans et 60-65 ans.

Le HCSP considère les points suivants :

- Une analyse critique de ces tranches d'âge doit être réalisée avec des propositions d'évolution.
- Il existe deux types de ciblage : un formel à partir de bases de données (qui seront détaillées) ou de manière large, grand public (de type communication plus ou moins de masse) et un ciblage opportuniste par des professionnels de santé ou des acteurs sociaux à l'occasion de rencontres non motivées par les rendez-vous santé.
- Il existe un gradient de besoin de ce type de rendez-vous avec à l'intérieur des 3 âges-clés ciblés par la saisine, des sous-groupes pouvant davantage bénéficier d'une amélioration de leur « potentiel de santé ». Ainsi seront définies des populations prioritaires « cœur de cible » et des populations moins prioritaires « cibles secondaires ».

2. Entrer en contact

Plusieurs canaux peuvent être mobilisés pour cette entrée en contact.

3. Le contact initial

Le contact initial est défini comme l'entrée de la personne dans le processus du rendez-vous prévention, consciente de cette démarche de manière active. Les modalités de ce contact sont détaillées plus loin dans cet avis.

4. Le rendez-vous prévention

Les rendez-vous prévention sont définis comme une rencontre individuelle (telle que précisée par la saisine) entre un professionnel (ce point est précisé dans l'avis) et la personne, avec un contenu partiellement préfiguré (ce point est également détaillé dans l'avis) aboutissant à un plan personnalisé de santé.

5. Le suivi

Le suivi se définit à partir de la définition de ce qu'il est co-construit avec la personne qui a bénéficié d'un rendez-vous (plan personnalisé de prévention), l'aide à l'organisation et à la réalisation et à l'évaluation du dispositif. La définition pratique de ce suivi est à préciser mais elle devra obligatoirement inclure une information au médecin traitant pour favoriser la coordination et l'efficacité de ces actions de prévention.

➤ Le marketing social

Le marketing social est l'application des principes du marketing non marchand pour favoriser des idées et des actions individuelles et collectives avec l'objectif d'une transformation sociale effective, efficace, équitable, juste et durable. Plusieurs principes sont rappelés ci-dessous [3] :

- La compétence essentielle du marketing social réside dans l'application des principes du marketing à des interventions.
- Le marketing social s'intéresse à la fois aux effets (efficacité et efficience) et au processus (équité, justice et durabilité) des interventions.
- L'application des principes du marketing se fait par des actions participatives de toutes les parties prenantes relatives à une intervention.
- Les programmes de marketing social visent à encourager les idées et les actions individuelles et collectives qui ont du sens et de la valeur pour ceux à qui ils sont destinés.
- Les programmes de marketing social visent à mettre en place un ensemble d'opportunités que les individus et les collectivités peuvent choisir de saisir pour agir.
- Le marketing social reconnaît le droit de tous les individus et collectifs d'agir et d'apporter des changements définis par eux-mêmes.
- L'objectif du marketing social est de transformer la société pour un plus grand bien commun.

Le marketing social propose une méthode d'intervention fondée sur une expertise et l'analyse de preuves scientifiques (notamment méta-analyses et revues systématiques). L'objectif des interventions de marketing social est de permettre à des individus ou à des collectivités d'agir efficacement pour améliorer leurs conditions de vie, en partant de leurs idées et propositions. Il s'agit de s'assurer que l'intervention aura du sens pour les personnes concernées et que les modalités de transformation des comportements individuels et collectifs recherchées seront efficaces, équitables, justes et durables.

Une revue systématique récemment publiée en 2023 [4] a confirmé l'efficacité de l'utilisation du marketing social dans diverses actions de prévention visant à des changements de comportements (dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), amélioration de l'alimentation et de l'activité physique, perception et consommation de l'alcool chez les étudiants, etc.). On observe des résultats positifs, certains cependant non significatifs. Les auteurs notent que plus la mise en place des principes du marketing social est effectuée de manière rigoureuse et plus les résultats sont positifs.

Les interventions de marketing social s'inscrivent dans le cadre d'un universalisme proportionné.

Marmot [5] le définit de la manière suivante : « Pour réduire la pente du gradient social de santé, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale. C'est ce que nous appelons universalisme proportionné ».

L'universalisme proportionné ajoute, à l'aspect quantitatif des actions, leur aspect qualitatif *via* des actions différenciées et adaptées au contexte local. ²

➤ L'écosystème des données de santé

L'écosystème des données de santé est défini par un ensemble d'acteurs, d'outils de collecte, de partage et d'analyses de données, des cas d'usage de ces données, et bien entendu de données de santé. Plusieurs cas d'usage peuvent être avancés en santé publique, dont le sujet de la prévention. Dans tous les secteurs d'activité, l'informatisation s'est accompagnée du développement des systèmes d'information. La prolifération de capteurs physiques, puis de logiciels, a rendu possible la mesure de l'état d'une activité. Il s'agissait de se doter de tableaux de bord, pour une activité, un service, une entreprise, qui soient nourris de mesures, de données – la quantification de l'activité – et servant de base au calcul de divers indicateurs. À l'échelle des collectivités territoriales ou de l'État, un besoin similaire est exprimé, celui de données pour piloter par exemple le système de santé.

Un « système de santé apprenant » analyse en temps réel des données observationnelles d'un grand nombre de patients, et fournit en retour un éclairage ou une aide à la décision à divers destinataires : décideurs, professionnels de santé, patients, citoyens, financeurs, etc.

La crise Covid-19 que vient de traverser, ou que traverse encore notre système de santé, a mis en évidence le besoin crucial de disposer au niveau national de données en santé. L'utilisation des données de santé, dans un contexte croissant de recours à l'intelligence artificielle, est essentielle, au regard des besoins concernant la santé publique, le suivi des parcours de soins et des pratiques, la recherche, l'aide à la décision et la prévention.

III. HISTORIQUE ET CONTEXTE

1. L'historique en France

Les centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie sont au nombre de 85 répartis sur le territoire au 23 février 2022 selon le site *AMELI*. Il s'agit de centres dits « en gestion directe » par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). D'autres structures pratiquent le même type d'activité selon un autre modèle (par délégation d'activité). Au total, il existe en France plus d'une centaine de structures réalisant sur le même modèle national des examens de prévention pris en charge par l'Assurance maladie.

Cependant, il n'en existe pas forcément dans chaque département ou circonscription de caisse de centre d'examens de santé. Le nombre total d'examens réalisés annuellement se situe autour de 600 000.

² Séminaire d'échanges entre acteurs « partageons nos expériences pour agir sur les inégalités de santé » Organisé par la SFSP Paris – 17-18 mars 2015

https://www.sfsp.fr/images/docs/lire_et_ecrire/les_actes_des_evenements_de_la_sfsp/diapo_ferron0315.pdf

L'origine de la création de l'examen de santé date de l'ordonnance du 19 octobre 1945, et de l'arrêté du 19 juillet 1946 qui en précise la gratuité, l'obligation de soumettre régulièrement les assurés à cet examen de santé, les âges et les contenus.

L'arrêté du 20 juillet 1992 abrogeant celui de 1946 précise que des examens périodiques de santé sont offerts à tout assuré et à ses ayants droit, en prenant soin de prioriser certaines populations cibles :

- Ayants droit inactifs âgés de plus de seize ans ;
- Demandeurs d'emploi et leurs ayants droit ;
- Personnes affiliées à l'assurance personnelle et leurs ayants droit ;
- Titulaires d'un avantage de retraite ou de préretraite et leurs ayants droit ;
- Autres assurés inactifs et leurs ayants droit ;
- Populations exposées à des risques menaçant leurs santés définies par l'arrêté programme du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires.

Cet arrêté donne également aux centres d'examens de santé des missions de campagnes de dépistage, des missions d'information et d'éducation sanitaires en partenariat avec les associations locales et des missions de collecte de données épidémiologiques et éventuellement à la réalisation de programmes de recherche.

Ces centres peuvent accueillir, le cas échéant, des personnes dont le coût de l'examen de santé n'est pas pris en charge par l'Assurance maladie.

Le contenu des examens de santé est modulé en fonction de l'âge, du sexe et des facteurs de risque et la consultation comporte également des actions de dépistage et des actions d'éducation pour la santé ayant fait la preuve de leur intérêt en santé publique.

Afin d'encourager la prise en charge optimale des affections dépistées, les centres d'examens de santé organisent une activité de suite destinée à orienter en cas de nécessité le patient, à donner toutes les informations médicales utiles au médecin traitant désigné par ce dernier et à exploiter les retours d'information.

On observe que les **questions de ciblage, de contenu et de prises en charge dans les suites de l'examen de santé étaient abordées dans ce texte qui définit les modalités des examens périodiques de santé.**

2. Position du HCSP

Le HCSP a émis un avis en mars 2009 : « Consultations de prévention. Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement » [6].

Il est noté les faibles éléments de preuves sur l'intérêt d'une consultation périodique de prévention dédiée. En 2000, un rapport commandé par l'Assurance maladie cité dans le rapport du HCSP, recommandait que « **l'examen périodique de santé, activité de base des Centres d'examens de santé (CES) soit orienté vers certains risques et/ou populations prioritaires (suivi des risques post-professionnels, précarité / inégalités de santé, prévention des risques liés au vieillissement)** ». Les membres du groupe de travail se sont inspirés de cette recommandation.

Pour promouvoir des pratiques préventives en médecine générale, le HCSP recommandait en 2009 de :

« Dans le cadre de l'évolution actuelle de notre système de santé, il est nécessaire de développer une logique préventive s'inscrivant dans un continuum organisé au sein d'un parcours coordonné de santé, s'appuyant sur les temps de consultation habituels et itératifs entre médecin traitant et

patient, plutôt que sur une consultation dédiée à la prévention. Cela nécessite d'autres formes d'organisation du temps médical.

Les examens périodiques de prévention ne relèvent pas uniquement du médecin traitant mais doivent s'inscrire dans une coopération entre professionnels et l'instauration de temps de concertation pluridisciplinaire. Ils doivent s'appuyer sur l'établissement de protocoles à dimension préventive établis par la Haute Autorité de santé (HAS).

La réalisation des examens périodiques de prévention n'a d'intérêt que si une prise en charge d'aval et de proximité, à dimension principalement éducative, est prévue. Celle-ci devra être organisée et financée sur chaque territoire de santé à travers des contrats locaux de santé passés entre l'Agence régionale de santé (ARS) et les opérateurs concernés, qu'ils relèvent du secteur associatif ou libéral.

Le type et la nature des activités préventives, qu'elles soient individuelles ou collectives, faisant intervenir le médecin traitant ou s'inscrivant dans une coopération entre différents professionnels, nécessitent d'élargir les modalités de rémunération, limitées aujourd'hui principalement au paiement à l'acte.

Dans la perspective d'une organisation renouvelée de la médecine de premier recours et d'une place reconnue à la prévention, il est indispensable de redéfinir les modalités d'intervention entre, d'une part, le médecin traitant, et d'autre part, des activités donnant lieu à des consultations à orientations principalement préventives : protection maternelle et infantile (PMI), Médecine scolaire et universitaire, Médecine du travail. Ce chantier nécessiterait une (ou des) saisine(s) particulière(s) faite(s) au HCSP.

Il pourrait être pertinent de promouvoir des consultations dédiées au moment de certains « événements de vie » (plutôt qu'en fonction de certaines tranches d'âge) correspondant à des ruptures de différentes natures : l'adolescence et l'entrée dans le dispositif médecin traitant, le chômage et les difficultés d'insertion, la retraite et les jeunes seniors. Dans certains cas, ces passages peuvent exposer à des risques spécifiques pour la santé. Avant d'être généralisés, ces dispositifs devront être expérimentés et évalués.

À la différence de la plupart des autres pays, il n'existe pas en France de référentiel couvrant l'ensemble des pratiques cliniques préventives de l'adulte. En France, ces référentiels de pratiques cliniques préventives existent (pour la majorité d'entre eux) mais sont souvent dispersés dans différentes recommandations émanant principalement de la Haute Autorité de santé (HAS) ... Il serait important que la HAS établisse et actualise l'ensemble des données probantes scientifiques sur les pratiques cliniques préventives.

L'existence de référentiels est nécessaire mais insuffisante, en particulier dans le champ de la prévention où la dimension psychosociale et éducative est importante. Il est donc important de bâtir des démarches et des outils de prévention et d'éducation pour la santé, dans le cadre du partenariat Institut national de prévention et d'éducation à la santé (Inpes) et HAS. Ils devront concerner tous les domaines et les âges correspondant aux référentiels. Il sera indispensable qu'ils s'adaptent à des approches individuelles ou collectives impliquant le médecin traitant ou d'autres professionnels... »

3. Au niveau international

La question de la préservation de la santé est une question très ancienne, mais les ressorts et les motivations ont évolué avec le temps.

En 1917 dans le volume 4 de la revue qui allait devenir « Science » cette question était posée par les assureurs privés [7]. Ainsi initialement la question était posée, non pas d'un point de vue moral, mais économique.

L'émergence d'une rationalisation des recommandations affichant l'ambition d'utiliser des arguments objectifs (médecine basée sur des preuves) a modifié les recommandations et en 1976 a été mis en place « The Canadian Task Force on Periodic Health Examination » (CTFPH) [8] dont les principes peuvent être repris encore aujourd'hui :

- **Identifier les conditions associées à une réduction importante de l'espérance de vie ou d'incapacité**
- **Analyser les arguments en faveur d'un bénéfice d'une intervention précoce**
- **Définir les sous-groupes de la population les plus à risque**
- **Construire les interventions de telle manière à ce qu'elles soient effectives en vie réelle (*effectiveness*) et pas seulement dans des circonstances très normées (*efficacy*)**
- **Normaliser et décrire les procédures, la temporalité, la fréquence, les seuils...**
- **Assurer un suivi et une évaluation**

On peut noter déjà en 1976 la position de principe prise par le CTFPH : «_Si la plupart des cibles sont des maladies et des facteurs de risques individuels, il est important d'être conscient d'autres approches visant à la promotion de la santé ». **Les membres du groupe de travail sont d'accord avec l'importance de l'approche collective et du renforcement des capacités individuelles pour aider les personnes à prendre en charge leur santé.**

D'autres limites ou risques étaient déjà pointés :

- **Éviter les stigmatisations**
- **Éviter les dépenses inutiles d'examens complémentaires en particulier**
- **Prendre en compte les besoins particuliers de populations particulières**
- **Limiter les risques et effets secondaires**
- **Augmenter la confiance envers la prise en charge**

On peut noter que malgré cette approche scientifique et rationnelle de l'organisation de ces examens périodiques, la question de l'utilité « moyenne » du bénéfice attendu par ces examens périodiques est régulièrement posée et ce dans de grandes revues médicales. En effet, la plupart des évaluations concernant l'efficacité sur la mortalité sont décevantes et c'est la position de la Cochrane (pas ou peu d'efficacité sur la mortalité et la morbidité liée aux cancers et aux maladies cardio-vasculaires) [9], et ainsi des éditoriaux [10–13] posent la question de savoir s'il faut continuer ou non ces examens périodiques. Leur conclusion générale est qu'il faut sans doute les modifier.

En conclusion, des dispositifs "rendez-vous de prévention (et de dépistage)" existent depuis longtemps et dans de très nombreux pays. Ils correspondent à une attente des individus, de la société et des professionnels de santé.

Leur efficacité en termes de morbi-mortalité est cependant faible, malgré des arguments théoriques forts en faveur d'une efficacité attendue importante.

Le groupe de travail estime qu'un bénéfice important pourrait être observé si les rendez-vous eux-mêmes étaient encadrés par une phase d'amont et une gestion d'aval plus structurées avec une attention particulière à la réduction des inégalités de santé (ces points seront développés dans la partie IV).

Une autre innovation pourrait également amplifier de manière importante les bénéfices. Il s'agit de la mise en place d'une application informatique qui à partir de renseignements fournis par un

premier contact le plus souvent non médicalisé et structuré (questionnaire) aboutirait à une orientation vers un rendez-vous médicalisé (ou non selon le résultat), en charge de co-construire avec la personne un projet de santé. Ce point sera développé dans la partie V.2 : perspectives.

IV. Le dispositif des rendez-vous de prévention

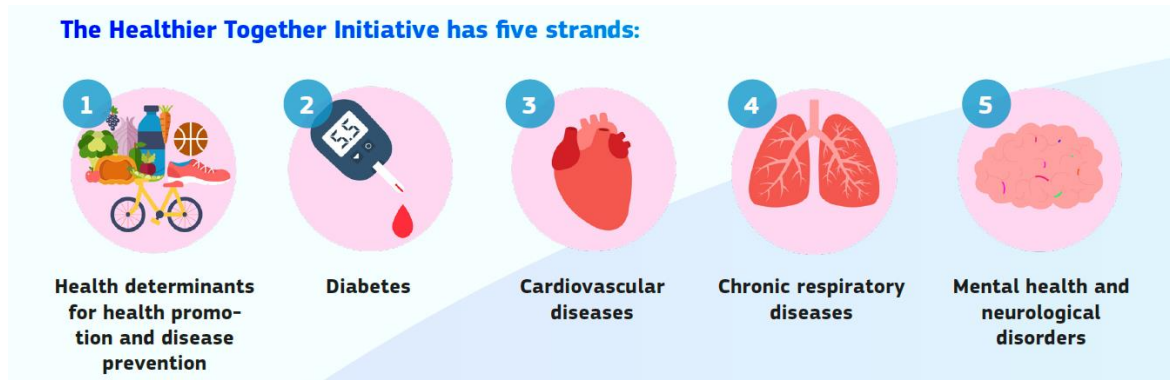
1. Ambition/utilité

Les rendez-vous de prévention hiérarchisent les risques individuels de santé autour des données familiales, biologiques, des comportements de santé et de l'environnement. La hiérarchisation des risques repose sur une prévention des maladies dont la survenue est probable chez une personne donnée et en fonction de son importance aux yeux de la personne concernée lorsqu'elle a été correctement informée. Cet objectif peut être atteint par des actions de dépistage, de prévention et de promotion de la santé.

On distingue les 4 points suivants en termes d'utilité du dispositif :

1.1. Réduire le poids des maladies non transmissibles

Une des ambitions de ce dispositif est de réduire à terme le poids des maladies non transmissibles en cohérence avec le projet de la Commission européenne lancé en 2022, l'initiative "Healthier Together"³ (Ensemble pour la santé) sur les maladies non transmissibles. L'initiative européenne propose cinq cibles, relevant des rendez-vous : la gestion des déterminants et de la promotion de la santé, dépistage et contrôle du diabète, dépistage et contrôle des maladies cardio-vasculaires, dépistage et contrôle des maladies respiratoires chroniques, santé mentale et pathologies neurologiques.



1.2. Favoriser la prévention et la promotion de la santé

La prévention, essentiellement la prévention primaire, n'a pas été aussi développée que la prise en charge des maladies chroniques dont le nombre (incidence et prévalence) a beaucoup augmenté. Les moyens financiers et humains qui y sont alloués restent actuellement insuffisants⁴ [14].

³ European Commission has launched in December 2021 the Healthier together – EU non-communicable diseases (NCD) initiative. https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/healthier-together-eu-non-communicable-diseases-initiative_en

⁴ Le rapport de la Cour des comptes de novembre 2021 sur « la politique de prévention en santé » constate que la part du PIB consacrée à la prévention est proche de celui des États-Unis, du Royaume-Uni et de l'Allemagne mais avec des résultats bien en deçà des autres pays [14].

En soins primaires, des consultations dédiées à la prévention sont proposées et formellement valorisées depuis quelques années. Il s'agit notamment de la première consultation en santé sexuelle, du repérage et dépistage des troubles du neuro-développement chez l'enfant, du suivi préventif de l'enfant. Toutefois en dehors de ces consultations, les occasions de prévention restent dépendantes de la disponibilité et de la sensibilisation des professionnels de santé. Si les professionnels de soins primaires réalisent toujours plus d'actions de prévention au travers des motifs de consultation déclarés [15,16], néanmoins des temps spécifiques dédiés à la prévention pour les plus de 20 ans sont souhaitables pour atteindre les personnes qui en auraient le plus besoin, en particulier celles qui sont éloignées du système de santé. Ces consultations pourraient être tarifées en activité pluri professionnelle par analogie au PEPS (expérimentation d'un paiement en professionnel de santé en ville).

Développer, organiser et promouvoir des rendez-vous de prévention en soins primaires dédiés aux adultes de plus de 20 ans serait une nouvelle avancée vers une promotion de la santé. Les structurations actuelles des professionnels de santé en Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) et en communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) peuvent faciliter la mise en place d'un tel dispositif qui pourra être ainsi adapté à une population sur un territoire dont la granularité sera à définir au cas par cas.

L'ambition de ces rendez-vous est d'avoir une approche pluridimensionnelle (multi-déterminants) de la santé et d'avoir comme objectif de promouvoir des comportements et environnements favorables à la santé. Ils devront donc avoir une approche globale. Cela permettrait d'y inclure des personnes éloignées du système de santé via une approche globale et positive.

1.3. Intégrer la santé mentale dans le dispositif des rendez-vous de prévention

L'offre de soin française en santé mentale est riche, mais hétérogène. La multiplicité des pratiques et des professions nuit à sa lisibilité et à l'accès aux soins [17]. Selon le baromètre 2021 [18], 13,3 % des personnes de 18 à 75 ans ont eu un épisode dépressif caractérisé dans l'année écoulée, contre 8,9 % en 2017. L'absence de culture de santé mentale et la stigmatisation persistante des troubles psychiatriques aggravent ces difficultés [19]. La psychiatrie et la santé mentale sont encore au second plan dans notre société. La maladie psychique reste taboue. En outre les moyens financiers qui sont affectés à la psychiatrie ne sont pas optimisés. L'offre de soin sur les territoires est illisible d'où une difficulté à y accéder, la prévention fait défaut, trop peu d'actions sont entreprises pour favoriser le bien-être mental de façon générale [17,19].

1.4. Faire le lien avec les autres dispositifs de prévention existants

1.4.1 Les pratiques existantes en médecine de ville

L'Observatoire de la médecine générale avait en 2009⁵ identifié 50 types de consultations les plus fréquentes et précise également la fréquence des examens systématiques et de prévention (qui représenteraient 1/4 des consultations) [15,16].

Concernant les approches préventives lors des consultations, dans le cas particulier du tabagisme, dans le dernier Baromètre Cancer 2021 publié en février 2023⁶ on peut noter que moins d'un quart des fumeurs (22,5 %) répondent « Oui » à la question suivante :

« Au cours des 12 derniers mois, avez-vous abordé la question du tabac avec un professionnel de santé ? » ; 14,7 % l'ont fait de leur propre initiative et 7,8 % à l'initiative du professionnel de santé. Ces proportions sont en baisse par rapport à 2015 (30,6 %). Dans la même enquête, l'alcool

⁵Observatoire de la médecine générale. SFMG.

<http://omg.sfm.org/content/donnees/top25.php?sid=33c78641b0ceb69005441071a1>

⁶ Baromètre cancer 2021 : regards et perceptions des Français sur le cancer

<https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-et-de-protection/Barometre-cancer>

apparaît comme un sujet peu discuté. En effet seules 5,4 % des personnes interrogées ont déclaré que ce sujet avait été abordé avec un professionnel de santé. Ainsi on peut considérer que la réalisation d'une prise en charge préventive par les médecins est peu développée et qu'une nouvelle impulsion est souhaitable.

1.4.2 Les dispositifs de prévention existants

De nombreux dispositifs (promotion de la santé, prévention, dépistage) existent déjà en France et ce tout au long de la vie. Il apparaît donc souhaitable d'intégrer l'ensemble de ces dispositifs dans un système d'information commun.

2. Présentation globale du dispositif des rendez-vous prévention

La réussite d'une véritable politique de prévention de santé repose notamment sur une bonne gestion de l'amont (capacité à cibler les populations prioritaires) et une bonne gestion de l'aval (prise en charge des problématiques soulevées lors des rendez-vous). Le dispositif doit se décliner en plusieurs étapes distinctes assurant une continuité dans les objectifs de prévention et de promotion de la santé.

2.1. Les étapes

Il s'agit :

- De cibler la population générale, avec une attention plus particulière pour toucher les populations les plus éloignées, en les invitant directement et/ou *via* le relai de différentes structures territoriales identifiées, afin de les sensibiliser et inciter à entrer dans le dispositif des rendez-vous prévention
- D'établir un premier contact avec les personnes, en offrant la possibilité de répondre à un auto-questionnaire
- D'organiser la prise de rendez-vous
- De réaliser le rendez-vous prévention
- D'assurer la prise en charge d'aval à l'issue du rendez-vous

2.2. Les différentes situations possibles à l'issue des rendez-vous

Ces rendez-vous prévention vont concerner des populations que l'on peut catégoriser ainsi :

- Des populations sans recours (récent ou non) au système de santé pour lesquelles il ne sera pas détecté de maladies ou de facteurs de risques particuliers. Ces populations feront l'objet d'un suivi de type promotion de la santé. L'objectif sera alors de les inciter à se rapprocher du système de santé.
- Des populations sans recours (récent ou non) au système de santé pour lesquelles il sera détecté des maladies et/ou des facteurs de risques, et qui relèveront d'une prise en charge médicalisée. L'objectif secondaire sera alors de les intégrer dans un parcours de soin en leur permettant l'accès à un médecin traitant si besoin.
- Des populations ayant eu un recours aux soins récent ou régulier pour lesquelles il ne sera pas détecté de maladies ou de facteurs de risque. Ces populations feront l'objet d'un suivi de type promotion de la santé.
- Des populations ayant eu un recours aux soins récent ou régulier dont les maladies ou facteurs de risque sont déjà connus. Les actions cibleront les facteurs de risque et seront l'occasion d'un bilan de suivi.

2.3. Les classes d'âge concernées par le dispositif des rendez-vous

La saisine prévoit trois tranches d'âge 20-25, 40-45, 60-65 ans. Le groupe de travail préconise les tranches d'âge suivantes : 18-25, 45-50, 60-65 et 70-75 ans.

- L'élargissement de la tranche d'âge 20-25 ans à 18-25 ans serait souhaitable. En effet 18 ans est un âge clef correspondant souvent à la fin de la scolarité et l'entrée dans la vie active ou les études supérieures et il est important de débiter la prévention des addictions ou la détection des problématiques de santé mentale précocement.
- De même la tranche d'âge de 40-45 ans pourrait être décalée à 45-50 ans afin d'aligner le contenu avec les campagnes de dépistage organisé, d'être en cohérence avec le dispositif de Santé publique France et de s'adresser à une population plus intéressée par sa santé.
- La tranche d'âge 60-65 ans est pertinente en ciblant les maladies chroniques et l'optimisation de leur prise en charge.
- La tranche d'âge 70-75 ans pourrait être retenue afin de repérer et remédier aux facteurs de risque de dépendance, d'isolement, d'iatrogénie et d'identifier les défaillances d'organe débutantes en intégrant le dispositif de la perte d'autonomie déjà existant.

Une attention particulière devrait être apportée à la période de l'adolescence qui correspond à une période de fragilité et de transformation pour l'individu correspondant à l'entrée au collège et pour lesquels on note des problématiques de santé mentale⁷. Le groupe de travail préconise de faire le lien entre les actions de prévention de l'enfance et de l'adolescence avec les rendez-vous prévention de l'adulte afin d'assurer une continuité et un réajustement des actions si nécessaires.

3. Description détaillée du dispositif des rendez-vous prévention

Le dispositif est constitué des étapes suivantes :

3.1. Cibler

Aux 4 tranches d'âge préconisées suivantes : 18-25, 45-50, 60-65 et 70-75 ans s'ajoutent les critères de ciblage suivants :

- Des critères d'éloignement du système de santé (absence de recours aux soins (pour une période à définir en fonction de l'âge) et /ou absence de médecin traitant pour les tranches d'âge à partir de 45 ans, surconsommation de soins non programmés).
- Des critères liés à des événements de vie pouvant fragiliser l'état de santé : entrée dans les études, dans la vie active, passage à la retraite, chômage, ou autres.
- Des critères liés aux populations en difficultés sociales, professionnelles, économiques, sanitaires ou autres.

Il convient de tenir compte à la fois des comportements personnels, soins médicaux, conditions de vie et de travail (logement, environnement) ainsi que des ressources et opportunités sociales et économiques (niveau d'éducation, revenus, intégration sociale/capital social, etc.) [20,21].

La notion de ciblage renvoie au cadre conceptuel et opératoire du marketing social, dont les effets positifs en matière de comportements de santé ont été démontrés pour diverses populations ciblées par l'âge ou le niveau socio-économique au niveau de la réduction des risques (tabac, alcool, conduites addictives) et au niveau de l'adoption de comportements plus sains (alimentation, activité physique). Il s'appuie sur une segmentation des personnes permettant des actions ciblées.

⁷ <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2023/mal-etre-des-adolescents-un-plus-grand-recours-au-dispositif-fil-sante-jeunes-lors-de-la-campagne-jenparlea>

Le marketing social a montré son intérêt en matière de santé pour l'amont (repérage des populations les plus en difficulté et des freins et leviers spécifiques qui débouchent sur des comportements à risque) et pour l'aval (mise en place de programmes avec les populations et les parties prenantes afin de modifier les comportements de santé) [22,23].

3.2. Entrer en contact

Plusieurs canaux peuvent être mobilisés :

- Des canaux classiques de communication :
 - Une information générale à l'ensemble de la population éligible dans les médias grand-public.
 - Une invitation par l'assurance maladie identique aux différentes campagnes de prévention existantes et/ou par les mutuelles.
 - Une mobilisation des acteurs territoriaux (cf. tableau ci-dessous) dont le rôle serait d'expliquer aux personnes l'intérêt du rendez-vous prévention, de les aider si besoin pour les modalités de prise de rendez-vous et éventuellement pour le remplissage d'un auto-questionnaire. Une information spécifique du dispositif auprès des acteurs territoriaux est un prérequis pour leur mobilisation.
- Liste non exhaustive

Tableau : Acteurs et structures mobilisables dans les territoires dans le cadre des rendez-vous prévention

Acteurs/ Structures potentiellement mobilisables
• Médecin généraliste (quelles que soient les modalités d'exercice libéral ou salarié : MSP, centre de santé (CDS) ...)
• Infirmières (quelles que soient les modalités d'exercice libéral ou salarié : MSP, CDS...)
• Sages-femmes (quelles que soient les modalités d'exercice libéral ou salarié : MSP, CDS...)
• Kinésithérapeute (quelles que soient les modalités d'exercice libéral ou salarié : MSP, CDS...)
• Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)
• Pharmaciens d'officine
• Médecine du travail
• Mission locale
• Centre communal d'actions sociales (CCAS)
• Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
• Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)
• Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD).
• Services autonomie à domicile (SAD) en remplacement des 3 précédents (phase de déploiement jusqu'en 2025)
• Pôle médico-social (PMS) des territoires
• Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)
• Services départementaux pour le handicap
• Centre d'accueil de jour
• Foyer d'accueil
• Service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP)
• Associations sportives et maisons sport santé
• Aide sociale à l'enfance (ASE) jusqu'à l'âge de 21 ans

<ul style="list-style-type: none"> • Centres régionaux des œuvres universitaires et scolaires (CROUS) pour les étudiants • Services de santé universitaire • Fonds d'action sociale du travail temporaire pour les salariés précaires • Pôle Emploi pour les demandeurs d'emploi inscrits • Missions locales pour l'emploi des jeunes
<ul style="list-style-type: none"> • Les structures qui interviennent dans le cadre de l'organisation du service d'aide à la personne âgée autour de l'allocation personnalisée d'autonomie • Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH) pour les personnes en situation de handicap • Caisse d'Allocations Familiales (CAF) pour les mères isolées
<ul style="list-style-type: none"> • Structures d'animation dédiées à la personne âgée (club du 3^{ème} âge...) • Le service de santé pénitentiaire pour les personnes en sortie de détention • Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) • Associations de promotion de la santé, de prévention et d'accès aux soins • Associations d'accès aux droits

Étant donné le nombre d'acteurs impliqués et la complexité d'organisation, leur volonté et leur capacité (ressources) sont un préalable à l'implication des acteurs et structures dans le dispositif : à titre d'exemple, les représentants de la santé universitaire ont proposé de participer au dispositif. Un financement spécifique aux articulations devra être mis en place.

En conclusion, concernant l'articulation nécessaire des rendez-vous de prévention avec l'ensemble des dispositifs existants, le HCSP préconise des négociations entre les pilotes de ces rendez-vous (décrits dans la partie évaluation) et les responsables des multiples dispositifs. Cela pourrait se dérouler dans le cadre du pilotage de la dimension promotion de la santé de la SNS (pour rappel la position du HCSP : « le suivi et l'évaluation de ces trois « Rendez-vous Prévention » pourraient être intégrés dans les missions du comité de suivi proposé par le HCSP pour le pilotage de la SNS »). La territorialisation de ces articulations pourra être nécessaire selon les spécificités locales.

3.3. Le premier contact

3.3.1. L'auto questionnaire

Idéalement, le HCSP préconise que le premier contact se fasse par le remplissage d'un auto questionnaire permettant une auto-évaluation de ses facteurs de risque ou de ses déterminants de santé à l'instar de celui développé par le *National Health Service* (NHS) britannique (*How are you ?*) permettant aux personnes de s'auto-évaluer sur leur comportement de santé. **Par ailleurs, Santé publique France pour la tranche d'âge de mi-vie, l'Institut National du Cancer (INCa) (consultation de prévention des femmes de 25 ans) en lien avec la HAS, ont conçu des auto-questionnaires qui pourraient être mobilisés.** L'Union régionale des professionnels de santé (UPRS) Nouvelle-Aquitaine dans son programme MEDPREV (18-65 ans) propose aussi un questionnaire.

De façon générale, il conviendra de veiller à ce que cet auto-questionnaire soit accessible pour tous les niveaux de littératie et il ne devra pas être rendu obligatoire pour ne pas exclure de personnes.

Deux modalités de premier contact :

- Les personnes remplissent en ligne un questionnaire (avec ou sans l'aide d'un proche) qui les renvoie sur les modalités de prise de rendez-vous.
- Pour les personnes qui ne remplissent pas spontanément le questionnaire en ligne, l'entrée dans le dispositif peut se faire par un professionnel de santé, des professionnels des services sociaux ou du monde associatif, des médiateurs de santé qui peuvent les inciter ou les aider à remplir l'auto-questionnaire et *a minima* leur expliquer les modalités de prise de rendez-vous.

Les deux finalités principales de l'auto-questionnaire sont de permettre à la personne d'être actrice de sa santé, et de lui proposer des dates de rendez-vous prévention.

Le médecin traitant devra être prévenu que son patient est entré dans le dispositif des rendez-vous prévention.

3.3.2. Gestion de la prise de rendez-vous

La gestion informatique des prises de rendez-vous prévention est indispensable pour faciliter leur accessibilité, la traçabilité et elle contribuerait à produire des indicateurs d'évaluation du dispositif. Une application de gestion (inclus ou non dans des applications commerciales déjà existantes) permettra de définir des rendez-vous de professionnels de la santé en particulier des médecins généralistes se déclarant volontaires et définissant des créneaux réservés.

Cette application pourrait vérifier l'éligibilité à ces rendez-vous et en cas de non-éligibilité réorienter les personnes vers d'autres types de consultations (consultations standard).

Il est possible techniquement que cette application permette de prioriser ces rendez-vous à partir de l'adresse postale des personnes [24] et ce, dans le sens d'un universalisme proportionné facilitant l'accès aux plus défavorisés. Une réflexion avec un débat élargi avec les parties prenantes devra être menée dans ce sens.

Il serait important que les personnes accompagnantes lors du premier contact puissent aider à la prise de rendez-vous en version numérique.

Chaque médecin peut également lors de la prise de rendez-vous demander au gestionnaire de l'application de fournir au demandeur (la personne elle-même ou un intermédiaire) un document préparatoire (qu'il serait sans doute préférable de concevoir à un niveau collectif).

3.4. Le rendez-vous prévention

3.4.1. La durée du rendez-vous

La liste des conditions d'efficacité d'une intervention est souhaitable et relativement longue. La réalisation systématique de tout ce que l'on peut faire dépasserait les capacités d'acteurs (médicaux en particulier) et aussi l'acceptabilité des personnes. Ainsi, une étude [25] met en évidence un temps de consultation de l'ordre de 90 minutes.

En ce qui concerne les consultations générales en Grande-Bretagne, les patients expriment une insatisfaction liée à des consultations « trop courtes », la méthodologie de l'étude donnant le choix pour la durée souhaitable entre 1 et 35 minutes [26]. Classiquement, la perte de mémorisation des patients lors des consultations est liée à leur état d'anxiété, leur littératie (et l'adéquation du discours du professionnel à la littératie de la personne), à la quantité d'informations délivrées et aux supports parfois utilisés [27]. Il est recommandé de ne pas cibler plus de 2 messages lors d'une seule rencontre [28].

Ainsi, il est apparu au groupe de travail du HCSP, à la fois pour des raisons de faisabilité, de ressources et d'appropriation possible par les personnes, que **la consultation devait durer entre 30 et 45 minutes et ainsi prioriser la recherche de circonstances fréquentes/graves et modifiables.**

3.4.2. Les acteurs des rendez-vous prévention

La question de définir quel type de professionnel doit réaliser cette étape correspond à la synthèse de plusieurs paramètres.

- Expertise technique : par exemple : comment mesurer la tension artérielle [29] ? Expertise atteignable par des guides de bonnes pratiques et des actions de formation.
- Expertise relationnelle : par exemple : pas de stigmatisation (*en particulier en ce qui concerne la santé sexuelle et l'obésité* [30]), être à l'écoute des priorités et des préférences des personnes, approche motivationnelle. Expertise atteignable par des formations et des informations.
- Disponibilité et accessibilité : mesurable, mais peu modifiable (incitation).
- Confiance en particulier des cibles prioritaires : il s'agit d'un mixte entre la confiance dans la profession et la confiance dans le professionnel et ce pour le dispositif en question (*On ne peut extrapoler le niveau de confiance élevé des personnes pour le pharmacien pour des conseils ou la vaccination vers l'étape de synthèse/priorisation/co-construction* [31]. Mesurable par enquête, peu modifiable.
- Capacité d'insertion dans le dispositif d'amont et surtout d'aval. D'une grande variabilité interindividuelle et dépendant du contexte territorial.

3.4.2.1. Place du médecin généraliste dans le dispositif des rendez-vous prévention

Le groupe de travail du HCSP considère que la présence probable de pathologie ou la présence de plusieurs facteurs de risque oriente vers une synthèse faite par un médecin pour éviter la réalité ou la perception d'une « perte de chance ».

Ainsi, il apparaît que la question d'une synthèse non médicale (en cas d'offre insuffisante de la part des médecins) pourrait se poser pour la consultation des 18-25 ans.

Par ailleurs, le gouvernement a l'ambition de former 10 000 assistants médicaux d'ici à la fin 2024⁸. Il apparaît extrêmement souhaitable, qu'en accord avec les représentants des médecins généralistes, la formation de ces personnes contienne l'acquisition de compétences autour de la prévention et de ces rendez-vous.

Ainsi, la position du groupe de travail du HCSP est de recommander, qu'à ce jour, cette étape du rendez-vous prévention soit confiée à un médecin généraliste afin d'orienter la prise en charge ultérieure : autres professionnels du secteur de la santé et du social dans un gradient entre interventions sociales, médicales spécialisées selon les situations.

Afin de favoriser la réalisation de ces rendez-vous dans le cadre d'un exercice coordonné le groupe de travail recommande dans un futur proche la création d'incitations dont la nature et la chronologie doivent être discutées.

3.4.2.2. L'idéal de la coopération interprofessionnelle

Il existe dans le groupe de travail un fort consensus pour privilégier la coopération entre professionnels (et institutions) de santé mais aussi au-delà avec les acteurs sociaux, le monde du travail, de l'environnement en particulier du logement, de l'Éducation nationale, les élus locaux ce

⁸Dépêche APM ; Agnès Fimin Le Bodo détaille ses « trois axes de travail » pour atteindre 10.000 assistants médicaux en 2024. 9 février 2023.

https://www.apmnews.com/story.php?objet=392812&idmail=.0.oQ4xQ03Sib7LrDKvHBQowN1Hx1wW7fK1GaqCdajo3m0aiaGGzIU8mm0saQ8wOd0kd-4dueCa2vtSksRjbjpOW9AR3BhqPPkf1R5n3D3FFzStLed_azzU3bhwqtJgU9QTd-NAj7qpcakNQ2ywU6o2AEqtMIBSip5_uCOfK4nqTuBU1Sc8sN9SSV93SfuBJYcgAcer69yIFHJtl6ekr8Rozr2KSiCgooXIMdHdv_Rrs7o.

qui devrait aboutir à la fois à une augmentation de l'efficacité moyenne et une réduction des inégalités (avec sans doute des coûts non ou peu augmentés).

Les auditions qui ont été menées dans le cadre de cette saisine ont mis en évidence une absence de consensus sur la place des acteurs des rendez-vous prévention, leur coordination, et la répartition des tâches au moins au niveau national.

Ainsi, la position du groupe de travail du HCSP est de préconiser la recherche de coopération formelle au niveau local qui devrait être favorisée par des règles de financement.

Le HCSP est favorable au caractère négocié entre les parties prenantes (et non imposé), à une souplesse et une adaptabilité tenant compte des situations particulières nombreuses à la fois des personnes des groupes et des ressources. Les rendez-vous prévention deviendraient ainsi un (nouveau) laboratoire de mise en place de coordination interprofessionnelle au sein des territoires, ouvrant à des modalités de mises en œuvre variées.

3.4.3. Le contenu

L'objectif principal de ces rendez-vous prévention est de dépister pour orienter et prendre en charge. L'approche et le contenu seront évolutifs au cours de la vie et dépendront des tranches d'âge et de facteurs individuels. Les spécificités du contenu des différentes tranches d'âge sont déclinées ci-après. Ces contenus sont donnés à titre indicatif et ne sont pas exhaustifs. Ils reprennent les principales thématiques à explorer au cours du rendez-vous.

Ce tableau a été construit en prenant en compte :

- Les raisonnements et les conclusions d'autres travaux (cf. en annexe 4/les données épidémiologiques : travaux suisses, québécois, les centres d'examens de santé) ;
- La fréquence des facteurs de risque et des pathologies selon les tranches d'âge et le sexe ;
- La capacité à les modifier : les interventions efficaces et probantes ;
- La valeur de la précocité des interventions ;
- L'importance symbolique et sociale de certains facteurs ;
- Le débat entre experts.

Il faudra ajuster localement en fonction de la capacité à gérer l'ensemble du dispositif (estimation *a priori* associée à des évaluations itératives).

Tableau de synthèse des enjeux et thématiques par tranche d'âge ciblée

	18-25 ans	45-50 ans	60-65 ans	70-75 ans
Enjeux	Dépister des habitudes défavorables à la santé			
	Dépister des facteurs de risque, et accompagner vers un changement de comportement	Dépister des facteurs de risque, et accompagner vers un changement de comportement	Dépister des facteurs de risque et repérer les fragilités pour mieux préserver l'autonomie future	Dépister des facteurs de risque et repérer les fragilités pour mieux préserver l'autonomie
THÉMATIQUES				
Alimentation	Détection surpoids, obésité, et promotion des bonnes habitudes alimentaires	Détection surpoids, obésité et promotion des bonnes habitudes alimentaires	Surpoids, obésité	Dénutrition
Activité physique et sédentarité	Promotion de l'activité physique	Promotion de l'activité physique	Promotion de l'activité physique	Promotion de l'activité physique Prévenir les chutes
Addictions	Recherche prise de substances addictives, alcool, tabac, cannabis, addiction aux écrans, jeux....	Recherche prise de substances addictives, alcool, tabac, cannabis, addiction aux écrans, jeux....	Recherche de substances psychoactives : alcool, tabac, cannabis, médicaments...	Recherche de substances psychoactives : alcool, tabac, médicaments...
Santé mentale	Recherche de troubles psychiques sévères, anxiété, dépression, addiction, risque suicidaire, troubles du sommeil et de l'alimentation	Recherche d' anxiété, dépression, addiction, risque suicidaire, troubles du sommeil	Recherche de troubles neuro-cognitifs, anxiété, dépression, addiction, risque suicidaire, troubles du sommeil,	Recherche de troubles neuro-cognitifs (rechercher les prémices d'un syndrome neurodégénératif), anxiété, dépression, addiction, risque suicidaire, troubles du sommeil
Santé sexuelle	Éducation sexuelle et reproductive, infection sexuellement transmissible (IST)	IST	IST	
Violence	Violences intrafamiliales, conjugales, harcèlements au travail, scolaire	Violences intrafamiliales, conjugales, harcèlement au travail	Violences intrafamiliales conjugales, harcèlement au travail	Violences, maltraitance
Cancers	Recherche du cancer du col , information sur cancers de la peau (et prévention solaire)	Préparation au dépistage organisé (sein, colo-rectal...), information sur cancers de la peau, poumon	Dépistage organisé (sein, colo-rectal), information sur cancers de la peau, prostate	Dépistage organisé (sein, colo-rectal), information sur cancers de la peau,
Vaccination	Calendrier vaccinal	Calendrier vaccinal	Calendrier vaccinal (grippe notamment et autres maladies infectieuses)	Calendrier vaccinal (grippe notamment et autres maladies infectieuses)
Maladies chroniques (hors cancer)	Troubles du sommeil	Prévention hypertension artérielle (HTA)/accident vasculaire cérébral (AVC), troubles du sommeil Recherche de diabète et troubles du métabolisme lipidique	Prévention HTA/AVC, troubles du sommeil, recherche de diabète, troubles du métabolisme lipidique, insuffisance rénale	HTA/AVC; insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale recherche de diabète

Habitat/environnement	Recherche de facteurs de risque, Information sur la prévention des polluants environnementaux (en vue des grossesses) Utilisation d'un outil type Domiscore simplifié	Recherche de facteurs de risque (professionnels, habitat, pollution...). Utilisation d'un outil type Domiscore simplifié	Recherche de facteurs de risque (professionnels, habitat, pollution...) Utilisation d'un outil type Domiscore simplifié	Recherche de facteurs de risque Utilisation d'un outil type Domiscore simplifié
Vie sociale	Parentalité Recherche isolement	Recherche isolement	Recherche isolement	Recherche isolement

Le rendez-vous prévention doit donner lieu à une synthèse et à une hiérarchisation des sujets de prévention abordés et aboutir à un **plan personnalisé de santé**.

Ce plan personnalisé de santé devra s'appuyer sur des actions ayant fait la preuve de leur efficacité. Un portail réalisé par Santé publique France a recensé différentes interventions existantes et publiées en précisant pour chacune d'entre elles le niveau d'efficacité à partir de données probantes⁹.

3.4.4. La priorisation

L'importance de la priorisation des interventions/prise en charge est évoquée dans le Baromètre Cancer 2021¹⁰ où l'hypothèse d'une « compétition de priorité » est suggérée pour expliquer la diminution des interrogations liées au tabagisme en raison d'une attention accrue à la santé mentale dans le contexte per et post Covid-19.

Un processus de priorisation en cas de problèmes multiples doit bénéficier d'une prise de décision partagée qui est un processus structuré permettant d'intégrer les données probantes ainsi que les valeurs et les préférences de la personne dans les décisions y compris de prévention et de dépistage [32]. Cette approche est particulièrement pertinente lorsqu'il y a un compromis étroit entre les inconvénients et les avantages d'une décision et un horizon temporel long.

Les éléments fondamentaux sont la communication des risques et la clarification des valeurs.

La clarification des valeurs tient compte à la fois des valeurs et des préférences de la personne. Les préférences sont des inclinations en faveur ou à l'encontre d'une option. Les valeurs sont les sentiments sous-jacents qui aident à déterminer les préférences.

Cette priorisation tiendra compte des facteurs suivants :

- La capacité à modifier les facteurs de risque
- L'impact individuel du ou des facteurs de risque
- L'impact collectif du ou des facteurs de risque
- La priorisation sociale
- L'acceptabilité individuelle

⁹ Interventions efficaces ou prometteuses en prévention et promotion de la santé :

<https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/interventions-efficaces-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante>

¹⁰ Baromètre cancer 2021 : regards et perceptions des Français sur le cancer

<https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-et-de-protection/Barometre-cancer>; Rapport complet page 54.

- Les ressources d'aval

3.4.5. Place de l'entretien motivationnel (EM) dans le dispositif des rendez-vous prévention

Entretien motivationnel

Des méthodes et des outils ont été développés dans le but d'aider les personnes à acquérir des comportements favorables à la santé, dont l'entretien motivationnel, le repérage précoce et l'intervention brève, les techniques de modifications de comportement et les conseils très brefs (annexe 4).

L'entretien motivationnel (EM) est une approche, issue de la psychologie, visant à explorer et résoudre l'ambivalence des personnes face à une modification d'un comportement défavorable pour leur santé et leur bien-être ou l'adoption d'un comportement favorable à la santé.

Son objectif est de favoriser l'autonomie de la personne, sa liberté et sa responsabilité dans le changement, avec l'aide d'un professionnel formé, qui lui permet de produire ses propres arguments en faveur d'une modification de son comportement ou d'un environnement défavorable à sa santé. L'EM favorise l'*empowerment* de la personne, processus de transformation personnelle par lequel une personne malade va renforcer sa capacité à prendre effectivement soin d'elle-même et de sa santé, et pas seulement de sa maladie et de son traitement. Dans cette perspective, l'EM pourrait contribuer à la promotion de la santé.

L'EM a fait la preuve de son efficacité dans le cadre de certaines actions de prévention et de promotion de la santé (annexe 4).

L'EM a été mentionné à plusieurs reprises dans les auditions et les contributions comme un outil à utiliser dans le cadre des rendez-vous prévention. Il a notamment été mobilisé dans le cadre des bilans de santé des centres d'examen de santé de la CNAM qui reçoivent préférentiellement des personnes qui présentent souvent des difficultés sociales ainsi que dans les démarches d'aller-vers des intervenants du régime de sécurité sociale de la Mutualité sociale agricole (MSA), dans l'objectif de favoriser l'accès aux soins des assurés qui n'y recouraient plus.

Dans la pratique de médecine de ville, l'EM a été mentionné dans le projet MEDPREV mis en œuvre par l'URPS de Nouvelle-Aquitaine afin de favoriser l'accès à la prévention des personnes consultant leur médecin ainsi que dans la présentation des travaux du Collège national des généralistes enseignants (CNGE) qui promeut une « posture motivationnelle » pour la promotion de la santé et la prévention.

La formation à la pratique de l'EM a été encouragée. Ainsi « *La formation autour de l'entretien motivationnel ou d'autres techniques d'autonomisation représente un enjeu important pour les professionnels de santé, voire d'autres en complément* » (INCa) avec un accord de l'ensemble des parties prenantes sur la nécessité que les professionnels soient équipés et outillés, aidés dans leur pratique. En outre, les membres de l'équipe de Santé publique France ont recommandé l'utilisation d'un contenu standardisé de l'EM en prenant pour exemple une intervention portant sur l'intention de recourir à la vaccination dans le cadre d'une étude faite en maternité.

En conclusion, la modification des comportements en santé peut reposer sur un ensemble de méthodes et outils: l'entretien motivationnel, les techniques de changement comportemental, les interventions brèves et des conseils très brefs. Les auditions ont permis de recenser des expériences intéressantes de l'utilisation de l'EM tant chez les professionnels de santé du secteur ambulatoire que des professionnels de santé impliqués dans la promotion de la santé, notamment auprès des publics vulnérables ainsi que dans les programmes des institutions et agences sanitaires. La pratique de l'EM nécessite cependant une formation. Son utilisation est apparue comme pertinente aux membres du groupe pour les actions pour lesquelles son efficacité a été prouvée sous réserve d'un enseignement adapté et d'une pratique structurée.

3.5. Le suivi à la suite du rendez-vous prévention

Il convient d'adapter la structuration et la nature du suivi aux quatre catégories de populations présentées §2.2.

- Pour les populations sans recours récent ou non recours au système de santé et pour lesquelles il n'a pas été détecté de maladie ni de facteur de risque, l'entretien de prévention a pour but de les ramener vers le système de santé afin d'anticiper le risque de survenue de comportements à risque ou de corriger ceux identifiés ou naissants lors de l'entretien (*manque d'activité physique, mauvaise alimentation, exposition tabagique passive, anxiété, etc.*). Le suivi a pour objectif de s'assurer que s'installent des comportements bénéfiques quel que soit l'âge de ces personnes ou encore que les personnes aient pris conscience que les facteurs de risques peuvent être limités par une adaptation du comportement en modifiant leurs habitudes de vie.

Le non recours au système de santé peut être volontaire (la personne n'en perçoit pas la nécessité) ou subi (difficulté d'accès à un professionnel de santé, méconnaissance du système de santé), ce qui appelle des réponses de suivi différenciées.

Pour une personne ne disposant pas d'un médecin traitant, il peut donc être pertinent que le suivi (après le rendez-vous prévention) soit réalisé par la personne qui pourrait devenir son médecin traitant. Ce serait là l'occasion d'initier un premier contact entre la personne et un médecin traitant. Cette étape semble importante pour réorienter la personne vers le système de santé. Le médecin traitant devra disposer des informations renseignées à l'occasion de l'entretien de prévention santé. Ainsi, pour le non-recours subi, à la suite de l'entretien le fait d'accompagner la personne vers un médecin traitant (solution de proximité) nécessite de pouvoir s'appuyer sur une base de données territorialisées des ressources médicales (répertoire opérationnel des ressources (ROR)), d'être en mesure de lui adresser une liste de ressources potentiellement mobilisables selon l'âge (pédiatre pour les plus jeunes) et les facteurs de risque.

Pour le non-recours volontaire, des solutions de suivi numérique avec des items adaptés en lien avec les éléments identifiés lors de l'entretien de prévention présenteraient un intérêt : algorithme d'envoi automatique d'informations ciblées selon les caractéristiques de la personne (cf. marketing social), d'un questionnaire auto-administré envoyé à la personne (après avis de la Commission nationale de l'information et des libertés (CNIL) et maintien de la procédure de consentement). Son envoi pourrait être programmé et automatisé par l'Assurance maladie une fois les données informatiquement saisies (« Mon espace santé ») lors de l'entretien de prévention santé.

- Pour les populations sans recours (récent ou non) au système de santé pour lesquelles il sera détecté des maladies, le suivi doit prendre la forme d'un parcours coordonné pour une prise en charge rapide. En termes organisationnels, celui-ci pourrait s'inspirer des « *chronic disease prevention and management programs* » [33]. Ces programmes reposent sur une approche multidisciplinaire des soins qui met l'accent sur la coordination et la globalité des soins. Son évolution a donné lieu au principe de parcours des soins intégrés (*integrated care pathway*) qui montre des résultats très significatifs pour fluidifier le parcours des patients et parvenir à un décloisonnement des prises en charge [34]. À l'issue du rendez-vous prévention, il s'agit donc de planifier et d'articuler les interventions des professionnels au plus près du lieu de vie de la personne afin que l'après rendez-vous prévention puisse se dérouler dans les meilleures conditions (réduction des délais et mobilisation des bonnes ressources médicales). Une gradation du parcours post rendez-vous prévention peut être imaginée selon la complexité des cas à traiter. Pour des cas complexes, le recours à des « case managers » tel que pratiqué en Suisse, au Canada, etc. pourrait être une voie à explorer pour organiser ce parcours, son suivi et accompagner les comportements adaptés. Une telle organisation exige de pouvoir disposer d'un accès à l'information médicale mais aussi aux informations en termes de ressources de santé de proximité (professionnels de

santé, équipements, etc.). Il serait souhaitable de s'appuyer sur des structures de coordination sur le territoire, par exemple de s'appuyer sur les dispositifs d'appui à la coordination (DAC)¹¹.

- Pour les populations ayant déjà eu recours aux soins pour lesquelles il ne sera pas détecté de maladies ni de facteur de risque, le suivi consisterait à aider la personne à maintenir ou instaurer un comportement bénéfique à sa santé dans la durée. Dans la mesure où ces populations sont capables de naviguer dans le système de santé, elles présentent un bon degré d'autonomie, aussi il convient finalement de promouvoir ce qui s'apparente à de l'auto soien (comportements bénéfiques).
- Le suivi pourrait être numérique en tenant compte de la littératie numérique et de l'accès au numérique (intégrer par exemple un volet prévention au Dossier Médical Partagé (DMP) et/ou « Mon espace santé ») sur lequel pourraient être enregistrées les actions suggérées et celles réalisées par la personne elle-même. Une autoévaluation à 6 mois des actions suggérées sous forme d'items courts et adaptés à la situation de la personne par exemple : « *je pratique chaque semaine plus de 3 h d'activité physique* », ... « *j'ai réalisé une consultation dentaire au cours des 12 derniers mois* », etc. selon les résultats (score) des conseils personnalisés en fonction de la tranche d'âge pourraient être affichés pour aider la personne à progresser ou maintenir son comportement.

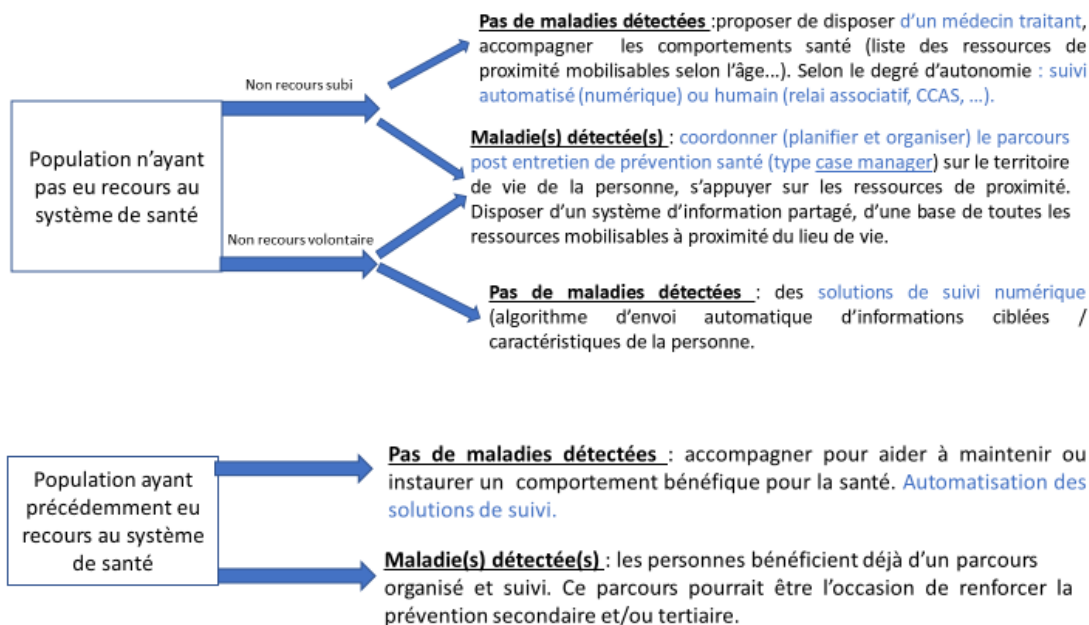
Cette solution aurait l'avantage de ne pas surcharger les ressources humaines de l'aval tout en ayant un « effet rappel » pouvant renforcer l'intention de changer de comportements dans la durée.

- Pour les populations ayant déjà eu recours aux soins et dont les maladies sont déjà connues, le parcours est déjà organisé. Dans ce cadre on peut imaginer un renforcement des actions de prévention secondaire et tertiaire.

Le schéma ci-après reprend les grandes catégories de suivi selon les quatre catégories de population.

¹¹ Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) - Ministère de la Santé et de la Prévention (sante.gouv.fr)

Suivi des différentes catégories de populations envisagées dans la suite des rendez-vous prévention



Il ressort que le suivi exige de **connaître les acteurs sur les territoires**. Ce qui existe sous la forme d'un annuaire détaillé, qui pourrait être numérisé, régulièrement mis à jour et alimenté par les professionnels eux-mêmes relativement aux ressources disponibles sur le périmètre géographique de la personne ¹².

La personne reçue en entretien de prévention pourrait partir avec la liste des ressources mobilisables à qui elle pourra s'adresser (activité physique, addiction, nutrition, sommeil, ...). Les personnes n'ayant pas eu recours au système de santé pourraient, elles, partir avec le ou les rendez-vous à prendre (médecin traitant), ou pris (parcours coordonné et intégré).

Les personnes bénéficieront d'une orientation vers les ateliers collectifs (exercice physique, cuisine) organisés par les mairies ou par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) pour les jeunes retraités et vers les maisons sport santé, quand ils existent.

4. Système d'information, évaluation du dispositif et recherche

Le recours aux bases de données est précieux tant pour cibler les populations que dans la mise en œuvre des rendez-vous prévention. Toutefois le dispositif pourra être opérationnel si, et seulement si, il est décrit dans son opérationnalité et évalué. Ce deuxième point oblige à une réflexion concernant la création d'un système d'information prévention, qui pourrait en partie s'appuyer sur des outils existants.

4.1. La nécessité de recourir aux systèmes d'information pour cibler, suivre et évaluer le dispositif

La mise en œuvre du dispositif des rendez-vous prévention ne peut s'envisager sans système d'information. Par système d'information on entend une organisation et donc un pilotage qui comprend des moyens humains, matériels et des méthodes. Cette organisation se rapporte au traitement des différentes formes d'informations qu'elle rencontre. Un système d'information sert

¹² À noter que cette dimension de connaissance (et d'actualisation) d'un annuaire des professionnels d'un territoire fait déjà partie des missions des CPTS.

donc à capter, traiter et restituer l'information. La mise en œuvre de ce système d'information doit s'appuyer sur un comité de pilotage composé de différentes agences d'État, structures de prévention mais également de représentants d'utilisateurs. Un comité technique rendra ce système d'information opérationnel et permettra l'analyse des données (tableaux de bord pour l'utilisateur, synthèses pour les professionnels, évaluation du dispositif ...).

La construction d'un système d'information s'attachera à documenter les étapes du processus et leurs conséquences dans un système continu ayant des objectifs de prévention et de promotion de la santé.

Qualités attendues du système d'information :

- Adaptabilité au cadre juridique et au volume des informations attendues ;
- Fluidité des flux d'information (avoir une bonne connaissance du processus et des étapes du dispositif pour savoir qui renseigne quelles informations et à quel moment) ;
- Accessibilité (aisée et sécurisée) ;
- Confidentialité (seules les personnes autorisées ont accès aux informations, elles ne peuvent avoir accès qu'aux informations autorisées) ;
- Rapidité (afin d'assurer la continuité entre le premier contact, le rendez-vous et le suivi) ;
- Précision (pour disposer d'informations directement utilisables) ;
- Évolutivité (pour adapter ce système d'information aux évolutions de l'écosystème des données de santé) ;
- Facilité (utilisation d'un entrepôt de données afin de faciliter la retro-information et l'évaluation du dispositif) ;
- Communicant (construction sur des standards et interopérabilité).

Système d'information nécessaire pour le ciblage des populations

Le ciblage des populations, notamment du cœur de cible à savoir les personnes éloignées du système de santé, pourrait s'appuyer à la fois sur les bases de l'Assurance maladie (Système National des Données de Santé : SNDS) mais également sur d'autres bases de données dans un cadre sécurisé et sous réserve d'une autorisation d'analyse dédiée de la CNIL dans le cadre du dispositif des rendez-vous prévention.

En effet, pour prendre en compte l'ensemble des déterminants de santé (précarité ou déserts médicaux par exemple) d'autres bases de données apporteraient des informations utiles comme les bases de données géo-populationnelles et/ou indicateurs de précarité basés sur le lieu de vie. À ces bases de données nationales peuvent s'ajouter des bases de données plus spécifiques pour garantir la cohérence des actions déjà réalisées dans le cadre de la prévention, (services de santé universitaire, services de santé au travail, médecine scolaire, MDPH, caisses de retraite ...) tout ceci dans un cadre d'interopérabilité.

4.2. La traçabilité des rendez-vous par la création d'une nomenclature spécifique et intégration dans « Mon Espace santé »

L'objectif de la traçabilité des informations du dispositif des rendez-vous prévention est indispensable pour permettre le suivi et la coordination entre les professionnels mais également pour que le citoyen puisse avoir une vision globale de son parcours de prévention.

Pour assurer le suivi des rendez-vous il paraît nécessaire de produire une nomenclature spécifique (à l'instar de la cotation CCP pour la Consultation de Contraception et Prévention des IST, ce qui permettra d'y associer un tarif adapté) permettant de produire le nombre de rendez-vous réalisés par critères de ciblage. Il sera également nécessaire d'identifier les consultations réalisées dans les suites de ces rendez-vous. La création d'une nomenclature prévention aura un double objectif, à la fois descriptif et tarifant. Ce dernier aspect de tarification est un des facteurs essentiels de la réussite du dispositif, plaçant ainsi la prévention et la promotion de la santé comme des prises en charge structurées et reconnues dans le domaine de la santé.

L'ambition du Ségur du numérique en santé est notamment de généraliser le partage fluide et sécurisé des données de santé entre professionnels et usagers pour mieux soigner et accompagner. La mise en place des rendez-vous de prévention semble s'inscrire dans ce cadre. Le Ségur a été porté par les professionnels de santé, fournisseurs des solutions logicielles, patients et pouvoirs publics.

Mon Espace santé devrait permettre à chaque citoyen de disposer d'une vision consolidée de son parcours de soins afin d'être acteur de sa santé. Utiliser Mon Espace santé et les messageries sécurisées des médecins et des usagers pour tracer les informations et communiquer le bilan de ces rendez-vous est à ce jour l'outil numérique centralisé mis à disposition.

Pour les patients en fracture numérique (16 % de la population) ou allophones, une aide au remplissage de Mon Espace santé devra être proposée par les acteurs du premier contact avec la possibilité d'une impression sous format papier.

4.3. L'évaluation du dispositif et recherche

L'évaluation du dispositif est indispensable pour juger de sa pertinence et de sa capacité à répondre aux objectifs prioritaires fixés pour pouvoir être à même de le réajuster. Cette évaluation doit être réfléchie en amont du déploiement car elle nécessitera impérativement que les rendez-vous prévention puissent être identifiés au sein du système d'information par une nomenclature spécifique.

L'idée n'est pas de mesurer l'impact de ces rendez-vous sur l'état de santé, car ces mesures ne sont pas possibles à court terme voire impossible tant les facteurs de confusion rendent impossibles de mesurer l'imputabilité entre l'effet de rendez-vous et les mesures d'état de santé.

Pour autant, il paraît nécessaire d'évaluer si :

- Ce dispositif est accueilli favorablement par les citoyens et les professionnels,
- La population ciblée prioritaire, c'est-à-dire les personnes éloignées du système de santé, a bien été captée,
- Les conséquences de ces rendez-vous pour ceux qui l'ont suivi ont été bénéfiques et n'ont pas entraîné des effets collatéraux négatifs,
- Le coût financier de ce dispositif qui vient s'ajouter aux ressources financières limitées pour les autres dispositifs de prévention existants semble approprié.

L'objectif de cette évaluation sera donc de permettre aux décideurs de pouvoir réajuster si besoin le dispositif proposé.

Plusieurs dimensions devraient faire l'objet d'évaluation.

➤ Évaluer la connaissance du dispositif par les professionnels et le grand public

Pour l'évaluation de la connaissance du dispositif la réalisation d'un sondage grand public un an après le déploiement du dispositif permettrait d'évaluer le niveau de connaissance de ce dispositif de la part des usagers et des professionnels.

➤ Évaluer la réalité de son déploiement sur le terrain

Pour évaluer l'implémentation du dispositif, un bilan statistique des rendez-vous réalisés par critères de ciblage devrait être réalisé sous réserve d'avoir une nomenclature spécifique.

➤ Évaluer l'accueil du dispositif sur le terrain

Pour ce faire, on pourrait proposer la réalisation d'une enquête auprès des professionnels impliqués qui ont fait les rendez-vous sur la faisabilité du dispositif (protocole à construire).

➤ Évaluation des conséquences de l'action publique sur les individus

Une première méthode pourrait être la mise en place d'une cohorte d'usagers sélectionnés *a priori* par tirage au sort avec stratification sur les critères de ciblage dont l'objectif serait d'identifier les raisons de la non réponse à l'invitation pour ceux qui n'y ont pas répondu et les conséquences positives ou pas pour les personnes ayant réalisé ces rendez-vous.

En complément, pour avoir un retour sur « l'expérience patient », des « usagers traceurs » pourraient être proposés. Cette méthode d'évaluation consiste à retracer le parcours du patient à partir de son vécu et sur la base d'un guide d'entretien. Cette méthode permet de recueillir le vécu de la personne, les événements marquants positifs et négatifs mais aussi d'avoir une vision qualitative de son ressenti, ce que les autres méthodes d'évaluation ne permettent pas forcément de recueillir. Le dispositif pourrait par exemple paraître non pertinent sur la base des autres méthodes d'évaluation mais une culture de la prévention ou une prise de conscience pourrait néanmoins être initiée sans pour autant qu'elle soit identifiée par les autres méthodes d'évaluation.

➤ Évaluation du coût du dispositif

Il s'agit de l'évaluation du coût direct du dispositif avec le coût relatif aux rendez-vous réalisés et aux consultations induites à la suite de ces rendez-vous sous réserve d'une nomenclature spécifique permettant leur traçabilité et enfin l'évaluation des coûts indirects : actions de communication par exemple et coût des évaluations.

➤ Utilisation des données du dispositif de prévention pour la recherche

Ces recherches seront faites en partenariat avec les agences et les institutions légitimes pour les réaliser. L'écosystème des bases de données est en pleine évolution, notamment avec le développement du *Health Data Hub* (HDH) dont l'enjeu est l'interopérabilité de toutes les bases. Le développement du HDH permet d'envisager les données de prévention comme des éléments d'un *continuum* de collection de données d'intérêt public et de disposer de moyens d'analyse multi sources. Le HDH a dévoilé début février 2023 son programme de travail pour 2023 dont les axes « renforcer les connexions du HDH aux acteurs de l'écosystème » et « être à l'écoute de la société civile et co construire une culture de la donnée de santé ».

La CNIL a émis le souhait d'approfondir le travail de simplification des démarches d'utilisation des données de santé lors de la journée de travail organisée le 10 février 2023 au Conseil d'État sur le sujet de l'intelligence artificielle et des *big data*. « La CNIL est prête à réviser ces référentiels, à les réévaluer et les faire progresser pour répondre aux besoins des professionnels et en construire d'autres pour répondre à la spécificité des besoins des systèmes d'information ».

5. Questions éthiques, et juridiques

Selon l'adage populaire « mieux vaut prévenir que guérir », il serait préférable de « tenter d'éviter une chose fâcheuse, d'y faire obstacle en prenant les devants »¹³. On préviendrait le fâcheux par une action d'évitement, mais on le préviendrait aussi en informant, car « prévenir » c'est aussi « mettre au courant »¹⁴. L'idée sous-jacente est qu'il vaut mieux *préparer* les individus à éviter des risques (ici, pour leur santé) ou les *préparer* à faire face à ces risques pour, par exemple, éviter une aggravation des effets de la maladie, que de *réparer* une altération de leur santé comme par exemple, réparer les dommages causés par la maladie par une action curative.

En permettant aux individus de renforcer leurs aptitudes et leurs compétences, leurs « pouvoirs d'agir », en les équipant contre les risques, la prévention contribue à l'épanouissement des personnes, à leur bien-être, à leur participation sur le plan sanitaire, mais également social et finalement économique (ils deviennent pleinement des citoyens sanitaires et sociaux). Mais une

¹³ <https://www.cnrtl.fr/lexicographie/pr%C3%A9venir>

¹⁴ <https://www.cnrtl.fr/lexicographie/pr%C3%A9venir>

politique d'investissement social par « capacitation » des individus est indissociable des facteurs de conversions sociaux (capacité des normes sociales à favoriser ou entraver la réalisation des droits formels) et facteurs de conversions environnementaux (adaptation des infrastructures et des organisations) [35]. Autrement dit, le succès des rendez-vous prévention dépend de l'adaptation à moyen et long terme du système de santé, de ses acteurs, de ses infrastructures et de ses normes.

Les développements suivants ont pour objectif de présenter des points d'attention juridiques et éthiques.

Si l'on en croit le développement qui précède, la prévention (en santé) serait préférable à la thérapeutique. La justification de son développement — promouvoir les comportements favorables à la santé — serait évidente. La prévention contribuerait en effet à l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes. Elle serait *ipso facto* bienfaitrice et exclurait, par suite, la dimension éthique. Mais le principe même de soins préventifs et les modalités pratiques de la prévention continuent d'interroger tant l'éthique que le droit.

En premier lieu, la prévention (tant individuelle que collective) n'échappe généralement pas aux arguments désormais classiques de défense des libertés individuelles. Nonobstant le contrat social et le système de mutualisation des risques pour la santé, notre société actuelle a fait de la liberté individuelle et en son sein, de l'autonomie, des valeurs phares. « L'individu autonome », « gouverné par sa propre loi » est dépositaire d'un droit à l'autodétermination.

En droit de la santé, cela se traduit par l'obligation, pour les professionnels de santé, de recueillir le consentement de la personne. Si notre code de la santé publique invite plus à une décision partagée entre la personne et le professionnel de santé (« *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.* » art. L. 1111-4 al. 1 du Code de la santé publique (CSP)) qu'à une décision *indépendante* de la personne, la volonté sous-jacente de corriger l'asymétrie de la relation de soins curatifs a transformé ce droit au consentement en étendard de la liberté individuelle.

Cette conception de l'autonomie individuelle liée à la tradition libérale néglige la dimension sociale des individus et, delà, la dimension collective. Mais dans la santé comme dans les autres domaines de la vie, se gouverner selon sa propre loi nécessite des capacités qui ne peuvent se développer que dans les relations avec les autres. La loi de l'individu est conditionnée par des déterminants qui lui sont propres, mais aussi par son contexte social. On pourrait ainsi considérer que la relation de soins préventifs diffère de la relation de soins curatifs en ce qu'elle doit intégrer une obligation de l'individu envers la collectivité.

L'adhésion des personnes aux soins préventifs reste cependant un élément central à leurs succès.

Modifier les habitudes de recours au système de santé

La prévention a notamment pour objectif d'améliorer la santé de la population. Elle nécessite la participation et la coopération des groupes cibles et/ou des individus qui la composent. À ce stade, le principal problème réside dans le fait qu'une grande partie de personnes composant la population est en bonne santé, ou s'estime en bonne santé, ou n'a pas conscience de sa santé [36].

En conséquence, et parce que les personnes sont habituées à percevoir le système de santé comme un système de soins curatifs, elles n'ont pas recours au système de santé pour des soins préventifs (par exemple des programmes de dépistages). Il apparaît donc nécessaire non pas de seulement promouvoir les rendez-vous prévention par une campagne de communication, mais de travailler à la promotion d'un système de soins préventifs et au changement d'image d'un système de santé actuel essentiellement dédié à la maladie.

Information et communication

Aux termes de l'article L. 1111-2 du CSP « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus (...) ». Cette disposition du Code pourrait être complétée par des recommandations rappelant les spécificités de l'information en prévention : nécessité d'informations impartiales et faciles à comprendre, accessibles à l'ensemble de la population (information inclusive), adéquate, n'exerçant pas de pression morale, évitant toute forme d'influence négative, non stigmatisante, la nécessité pour les professionnels de se former à l'information sur les risques, etc. L'idée est de permettre au citoyen de prendre ses décisions non pas seulement pour satisfaire son droit à l'autodétermination mais surtout pour qu'il puisse agir pour lui et par lui. Ceci implique une vision respectueuse de la personne dans toutes ses dimensions. Il est ainsi fondamental que la personne soit « invitée » à participer aux rendez-vous prévention et non « convoquée ».

La convocation empruntée au latin « *convocatio* » qui signifie « appel, convocation » est « l'acte par lequel une autorité compétence convoque une ou plusieurs personnes »¹⁵. Convoquer signifiant « appeler auprès de soi de manière impérative »¹⁶. Si la loi consacre la prévention comme une composante du droit fondamental à la santé (article L. 1110-1 CSP), si elle garantit l'accès aux soins nécessités par l'état de santé (article L.1110-1 CSP) et l'accès à la prévention sans discrimination (art. L. 1110-3 CSP), la personne reste a priori libre d'accéder ou non aux services qui lui sont proposés (à l'exception de certaines situations d'intérêt légitime pour la santé publique, sécurité publique ou ordre publique). L'invitation à participer qui « prie quelqu'un de venir, d'assister ou de prendre part »¹⁷ semble donc mieux correspondre à une démarche respectueuse des droits des personnes.

Recevoir une invitation à participer à une consultation prévention pourrait susciter une inquiétude quant à la possibilité que la personne soit atteinte d'une maladie non encore diagnostiquée.

Ce problème est fréquemment abordé dans les analyses éthiques des campagnes de dépistage organisé. Par exemple, la femme invitée à passer une mammographie de dépistage du cancer du sein serait exposée à des inquiétudes liées au fait que l'invitation lui ferait prendre conscience qu'elle est potentiellement atteinte d'un cancer. Cet effet indésirable de la politique de prévention mise en place existe et ne doit pas être négligé. Pour que les effets qui en résultent paraissent acceptables au regard de son objectif, la personne doit être mise en situation de comprendre que participer à cette consultation devrait permettre de lever le doute. Dans la même optique, le contenu des consultations devrait informer sur les risques (relatifs et absolus) mais devrait également présenter la façon d'éviter ou de limiter ces risques.

Être responsable de sa santé

La divulgation d'informations sur les risques concernant la santé en général et en particulier, la prescription de comportements favorables à la santé et la proscription de comportements défavorables servent une démarche de responsabilisation des individus, mais servent aussi l'idée que les personnes pourraient être tenues responsables de la maladie.

Par une expérience de pensée, envisageons la situation d'une personne ou d'un patient qui décide de ne pas se rendre à un rendez-vous prévention ou qu'elle/il décide de ne pas suivre les conseils qui lui ont été donnés. Considérons à présent que cette personne devienne malade ou que son état de santé s'aggrave. Certains pourraient prétendre que les choix de cette personne et son comportement sont à l'origine de son état de santé. On pourrait donc lui imputer la responsabilité

¹⁵ <https://www.cnrtl.fr/lexicographie/convocation>

¹⁶ <https://www.cnrtl.fr/definition/convoquer>

¹⁷ <https://www.cnrtl.fr/definition/inviter>

de sa maladie. Étant considérée comme portant la responsabilité individuelle de sa maladie, elle devrait en assumer les conséquences. On pense en particulier à la modification des conditions pécuniaires de la prise en charge par l'instauration de mécanismes de franchises (bonus/réduction sur les cotisations — malus/augmentation des cotisations pouvant aller jusqu'au déremboursement). On peut également penser à la limitation des droits d'accès aux soins (les personnes qui persistent à adopter un comportement défavorable à leur santé nonobstant l'information reçue et l'éducation thérapeutique dont elles ont bénéficié ne sont plus prioritaires).

Tenir l'individu pour seul responsable de ses choix dans le contexte de santé préventive (mais également curative) pourrait entraîner une dégradation du lien de solidarité (pécuniaire, sociale, etc.) entre les citoyens. Par ailleurs, la tentation de mettre « l'accent sur le rôle central de l'individu risque de servir l'argument à une société pour fuir ses responsabilités à l'égard des groupes pauvres et culturellement désavantagés » [37]. Or le principe de solidarité sert, en France, de socle au système d'assurance maladie, mais également à certaines activités de soins (prélèvement d'organe, don de sang, don de gamètes...).

Enfin, notons que l'imputation de la responsabilité à l'individu ne peut être valide que dans les cas où il est possible de démontrer que la personne a volontairement choisi d'adopter un comportement défavorable à sa santé (ou s'est volontairement abstenue de choisir un comportement favorable), en particulier que les circonstances sociales sont sans incidence sur ce comportement, que la personne avait le pouvoir d'agir et enfin le lien de causalité entre la survenance de la maladie ou son aggravation et le comportement de santé de la personne.

De la responsabilité individuelle au blâme de la victime

Le «blâme de la victime» (de l'anglais *victim blaming*) désigne le procédé qui consiste à imputer explicitement ou implicitement la responsabilité de la maladie ou de l'adoption de «conduites à risques» au seul individu sans tenir compte des déterminants environnementaux des comportements (conditions de vie, ressources, exposition à des incitatifs...). En insistant de manière répétée sur la nécessité d'éviter certains comportements défavorables, le/la professionnel(le) de santé peut renforcer, malgré lui/elle, une culture du blâme de la victime, voire dissuader certaines personnes de se faire soigner ou de se faire accompagner pour renoncer à un comportement défavorable à la santé par crainte par exemple de se voir supprimer son traitement, par le sentiment de ne pas être prioritaire, par peur de reproches sur son comportement, par réticence à exposer les douleurs dont elle souffre [38].

Le blâme de la victime se distingue de la micro éthique de la honte [39], notion voisine, dans laquelle la personne éprouve «une honte intériorisée de ne pas être sain, énergique et productif, mais surtout une honte de ne pas avoir tout fait en son pouvoir pour maintenir sa santé» [40].

La médecine préventive et la question de la médicalisation de la société : « toute personne en bonne santé est un malade qui s'ignore » [41].

La médicalisation de la société dans le contexte de la prévention souligne l'ambivalence de la prise en soins préventifs par le système et de la diffusion de la connaissance médicale des facteurs de risques. En effet, assurer un suivi tout au long de la vie, ce serait placer l'individu sous la *surveillance* de la médecine pour une durée plus longue que dans les soins curatifs [42,43]. L'indépendance de la personne serait compromise en conséquence des soins préventifs.

« Une fois qu'une société est organisée de telle sorte que la médecine peut transformer les gens en patients parce qu'ils ne sont pas encore nés, qu'ils viennent de naître, qu'elles sont ménopausées ou qu'ils sont à un autre âge de risque, la population perd inévitablement une partie de son autonomie au profit des guérisseurs » [44].

C'est sans doute oublier que l'action préventive peut aider à préserver l'autonomie de la personne voire lui donner du pouvoir d'agir ; mais donner du pouvoir d'agir c'est aussi faire ressortir la normativité de la santé publique [45] en ce que les individus ne vivraient plus leurs vies selon leurs

normes, mais selon les normes diffusées par la médecine préventive opérant ainsi une forme de contrôle moral sur la vie privée et sociale [46–48].

Enfin, le processus de médicalisation opéré par le développement de la médecine préventive pourrait occulter la question sociale (par exemple les inégalités auraient une cause médicale et plus socio/économique).

L'outil numérique, le traitement des données à caractère personnel

Comme nous en avons récemment fait l'expérience avec l'application STOPCOVID déployée aux fins de lutte contre la pandémie de Covid-19, le recours à l'outil numérique peut, dans certaines circonstances, être perçu comme une menace et peut aggraver le sentiment de surveillance en particulier s'agissant de recueil de données privées, voire intimes comme les habitudes de vie. La peur, au sein de la population, de voir ses données piratées, spoliées ou utilisées à des fins de contrôle ne doit pas être négligée. Or les habitudes de vie, peuvent devenir des données de santé au même titre que les données médicales.

« Les données à caractère personnel concernant la santé sont les données relatives à la santé physique ou mentale, passée, présente ou future, d'une personne physique (y compris la prestation de services de soins de santé) qui révèlent des informations sur l'état de santé de cette personne »¹⁸. Cette définition comprend « **les informations relatives à une personne physique** collectées lors de son inscription en vue de bénéficier de services de soins de santé ou lors de la prestation de ces services : un numéro, un symbole ou un élément spécifique attribué à une personne physique pour l'identifier de manière unique à des fins de santé ; **les informations obtenues lors du test ou de l'examen d'une partie du corps** ou d'une substance corporelle, y compris à partir des données génétiques et d'échantillons biologiques ; **les informations concernant une maladie**, un handicap, un risque de maladie, les antécédents médicaux, un traitement clinique ou l'état physiologique ou biomédical de la personne concernée (indépendamment de sa source, qu'elle provienne par exemple d'un médecin ou d'un autre professionnel de santé, d'un hôpital, d'un dispositif médical ou d'un test de diagnostic in vitro). Cette définition permet d'englober **certaines données de mesure à partir desquelles il est possible de déduire une information sur l'état de santé de la personne.**

La notion de données de santé est désormais large. Elle est à apprécier, au cas par cas, compte tenu de la nature des données recueillies.

Entrent dans cette notion trois catégories de données :

- 1) **Celles qui sont des données de santé par nature** : antécédents médicaux, maladies, prestations de soins réalisés, résultats d'examens, traitements, handicap, etc.
- 2) **Celles, qui du fait de leur croisement avec d'autres données, deviennent des données de santé** en ce qu'elles permettent de tirer une conclusion sur l'état de santé ou le risque pour la santé d'une personne : croisement d'une mesure de poids avec d'autres données (nombre de pas, mesure des apports caloriques ...), croisement de la pression artérielle avec la mesure de l'effort, etc.
- 3) **Celles qui deviennent des données de santé en raison de leur destination**, c'est-à-dire de l'utilisation qui en est faite au plan médical.

N'entrent pas dans la notion de données de santé celles à partir desquelles aucune conséquence ne peut être tirée au regard de l'état de santé de la personne concernée (ex : une application collectant un nombre de pas au cours d'une promenade sans croisement de ces données avec

¹⁸ Commission Nationale Informatique et Libertés, Qu'est-ce qu'une donnée de santé ? consultable à l'url <https://www.cnil.fr/fr/quest-ce-que-une-donnee-de-sante>

d'autres). Une fois la qualification de données de santé retenue, un régime juridique particulier justifié par la sensibilité des données s'applique »¹⁹.

Même si les traitements aux fins de médecine préventive actuels sont dispensés de formalités auprès de la CNIL²⁰, la généralisation des rendez-vous prévention et les éléments nécessaires à leur déploiement : outils de recueils de données (questionnaires, éventuelles applications numériques), constitution d'une base de données, la nature des données faisant l'objet de traitement informatisé (habitudes de vie et de données médicales associées), la multiplicité des professionnels de santé voire le recours à d'autres professionnels – comme par exemple les médiateurs de santé – **invite à une vigilance particulière et à une saisine de la CNIL aux fins de s'assurer en particulier du respect des droits des personnes, mais aussi de la conformité de l'ensemble du dispositif au cadre juridique de la protection des données. Elle invite également à offrir des garanties de respect des cadres généraux offerts par le Règlement général sur la protection des données (RGPD)²¹ et la loi dite « informatique et libertés »²².**

Enfin, les professionnels en charge de ces rendez-vous prévention devraient être formés :

- À leurs obligations,
- Aux droits des personnes attachés aux traitements de données (information spécifique au traitement des données, consentement, droit de retrait, droit d'opposition, droit d'accès, droit de rectification, droit de portabilité, etc.),
- À la vie privée, avec une attention particulière portée sur les effets indésirables graves qu'une divulgation de données de soins préventifs pourrait causer aux personnes ; on pense notamment aux possibles discriminations qu'elles pourraient entraîner dans le cadre des relations aux assurances, aux banques ou au travail,
- Au respect de l'obligation de secret professionnel.

L'utilisation des données personnelles de santé aux fins de personnalisation des contenus de prévention. Dans le cadre de la Délégation ministérielle du numérique en santé, un comité citoyen a rendu les 3 et 4 décembre 2022²³ un avis en réponse à la question : « *Jusqu'où peut-on aller avec Mon Espace Santé pour proposer des contenus de prévention personnalisée fondés sur des données personnelles de santé ?* ». Si ce groupe semblait à première lecture favorable à l'utilisation de Mon Espace Santé : « (...) nous préconisons que les professionnels de santé aient l'obligation d'utiliser Mon Espace Santé ou soient au moins fortement incités à l'utiliser » quelques tensions relatives à la collecte des données et au consentement peuvent être relevées. En effet, une partie du groupe a suggéré que les professionnels de santé aient la possibilité de valider certaines informations personnelles versées par l'utilisateur, notamment en matière d'antécédents médicaux afin d'éviter les fausses informations et de permettre d'utiliser les bons termes médicaux. Pour l'autre partie, il n'était pas utile que les professionnels de santé valident les informations personnelles car cela risquait d'entrer *en conflit avec les principes du consentement*.

Concernant le consentement, une partie du groupe (majoritaire) estimait « qu'il faut retenir le principe du consentement résumé par défaut pour l'accès aux données personnelles de santé et leur utilisation pour élaborer des messages de prévention collective ou personnalisée, sauf refus explicite de l'utilisateur ». Une autre partie du groupe pensait que « le consentement présumé par défaut n'est pas opportun car il risque d'entraîner un rejet par les usagers ».

¹⁹ Commission Nationale Informatique et Libertés, Qu'est-ce qu'une donnée de santé ? consultable à l'url <https://www.cnil.fr/fr/quest-ce-que-une-donnee-de-sante>

²⁰ <https://www.cnil.fr/fr/quelles-formalites-pour-les-traitements-de-donnees-de-sante-caractere-personnel>

²¹ Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données)

²² Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

²³ Délégation Ministérielle du Numérique en Santé. Comité citoyen – saison 2. Avis du comité citoyen 3 et 4 décembre 2022. https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/221204_avis-comite-citoyen_vdef.pdf

V. PERSPECTIVES

Le groupe de travail du HCSP a souhaité décrire dans ce document deux points de perspective.

Le premier est d'anticiper certains facteurs qui pourraient être à l'origine d'une inefficacité ou d'un succès relatif du dispositif. Il s'agit du point 1 : « conditions du succès ».

Le second point relatif à l'extension du dispositif des rendez-vous prévention donne un horizon à moyen terme pouvant être une cible d'un dispositif plus ambitieux.

1. Conditions du succès

Dans ce paragraphe nous n'avons pas l'ambition de lister tous les éléments pouvant interférer avec la réussite du dispositif. Nous avons retenu ce qui à partir de l'analyse de la littérature, des auditions et des positions des experts apparaissaient comme des points particulièrement importants :

- La littératie (et l'*empowerment*) ;
- Une meilleure prise en charge de la santé mentale ;
- Le financement ;
- Une formation des acteurs ;
- L'organisation de l'aval.

1.1. La littératie en santé et prévention de la santé

La littératie en santé constitue un enjeu fort de la promotion, de la prévention et de la compliance à la prise en charge des pathologies chroniques (qui nécessite dans l'idéal un partenariat avec le patient). Cette importance est soulignée dans le récent rapport de l'OMS intitulé *Health literacy development for the prevention and control of non communicable diseases* (volume 4, 2022) [49] et dans le programme de santé *Health for growth* (2014-2020) de l'Union européenne. La littératie –ou les connaissances et compétences– en santé (traduction courante de l'expression anglaise *health literacy*) suscite un intérêt croissant. Les racines de ce concept se trouvent à la fois dans le champ des soins cliniques et en santé publique.

Ainsi l'amélioration de la littératie en santé serait dans l'idéal un préalable à l'implémentation du dispositif des rendez-vous. Néanmoins il apparaît plus opportun :

- 1) De tenir compte de la littératie des groupes de personnes (dans les messages collectifs) et de la littératie des personnes cibles à toutes les étapes (information, contact, rendez-vous, suivi). Une étape préalable au rendez-vous prévention santé pourrait être d'évaluer ce niveau de littératie en santé (questionnaire) afin d'adapter le format et contenu du rendez-vous et identifier la ressource à mobiliser. Avec ou sans cet étape préalable la littératie devant faire l'objet d'information/formation des acteurs de ces rendez-vous.
- 2) De développer en parallèle des actions visant à augmenter le niveau de littératie de la population en particulier celle des groupes qui ont les niveaux le plus bas (cf. avis du HCSP sur la SNS). Cette augmentation sera associée à une augmentation de « l'*empowerment* » (volonté et capacité de devenir acteur de sa santé).

1.2. Une meilleure prise en charge de la santé mentale

Il est apparu lors de ces travaux que la santé mentale devait bénéficier d'un focus important (il s'agit d'un des cinq points « nouveaux » décrits dans le document HCSP-SNS 2022 par rapport à 2017 et il s'agit aussi de la première cible de la recommandation 5 de ce document : « Mettre en œuvre une politique de prévention intégrant les différentes approches préventives »).

Toutes les étapes méritent d'être structurées et améliorées :

- Promouvoir des campagnes visant à réduire la stigmatisation de la santé mentale ;
- Améliorer la littératie en santé mentale chez les personnes ;
- Prévoir des formations à la demande pour les acteurs intervenant dans les rendez-vous prévention
- Faciliter la gestion de l'aval.

Les structures et professionnels intervenant dans le champ de la santé mentale doivent être mieux connus. Créer un numéro d'appel national et un site web diffusant une large information sur la santé mentale répondrait aux besoins des professionnels de santé ou des personnes dont l'état psychique se dégrade. En fonction du degré de sévérité de leurs difficultés elles pourraient ainsi être orientées vers le recours à des pratiques d'auto-soin, vers une participation à un groupe d'entraide ou vers un professionnel. Parmi elles, les personnes présentant des manifestations pré-morbides pourraient se voir recommander une consultation de dépistage spécifiquement conçue pour les états mentaux à risque. Celle-ci pourrait être dispensée dans une structure appropriée (un exemple est décrit plus loin en Annexe : CAdEO implanté à Lyon,[50]).

Il faudrait créer et tenir à jour une carte cohérente des professionnels et des structures accessibles sur l'ensemble du territoire français avec une localisation géographique. La création d'un numéro national, qui pourrait intégrer le 3114 mis en place pour répondre à la crise suicidaire, devrait être testé. Une telle plateforme rendrait plus lisibles les initiatives locales qui parfois se chevauchent.

1.3. Le financement

La question du financement est une question à la fois complexe et dont les arbitrages dépassent le niveau d'un simple avis réalisé dans des contraintes de temps importantes et renvoient à une vision de morale politique et à des choix préexistants. Néanmoins notre groupe a souhaité aborder certains éléments « structurants ».

Plusieurs questions très différentes se posent : le financement de la prévention dans son ensemble et le financement du dispositif « Rendez-Vous ». Par ailleurs, plusieurs niveaux interviennent : les sources de financement et le degré de mutualisation, les gestionnaires, le niveau de centralisation/décentralisation, les flux (les destinataires), les règles d'allocation et de priorisation ainsi que le mode : remboursement, gratuité au point d'usage (absence de reste à charge et tiers payant) ...

Concernant le financement de la prévention dans son ensemble nous renvoyons au rapport du HCSP de mars 2023 sur la future SNS.

Concernant le dispositif lui-même nous présentons une approche analytique.

Les sources de financement possibles sont : impôts, taxes dites dédiées (alcool, tabac), cotisations, primes, reste à charge. Les personnes et les institutions auditionnées n'ont pas de position consensuelle sur ce sujet. Notre groupe n'est pas favorable à un reste à charge car cela ne serait pas en cohérence avec l'objectif de toucher les personnes à l'écart. Il n'est également pas favorable à une « sur prime » de mutuelles offrant un package additionnel de services. Les mutuelles devraient offrir systématiquement à leurs adhérents un parcours prévention sans sur-prime.

Les gestionnaires possibles sont les suivants : Assurance maladie, régimes spéciaux, les complémentaires santé, des sociétés commerciales (comme cela existe dans d'autres pays), les collectivités territoriales, les employeurs ou une nouvelle structure ad-hoc (dans le cadre de la prévention) , la CNAV... Cette question devrait être examinée en particulier en ce qui concerne le cahier des charges des contrats responsables des assurances complémentaires (pour mémoire ces dernières se doivent de comprendre au moins deux actions de prévention).

Les destinataires du financement sont tous les acteurs du dispositif. Le mode de financement là encore répond à un choix politique : à l'acte, forfaitaire, expérimental de type Incitation à une prise en charge partagée (Ipep)...). Notre groupe considère que le financement quel que soit sa forme doit être conditionné par une activité traçable et analysable.

Dans le rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'assurance maladie (HCAAM) de 2018 [51], il est évoqué les rôles respectifs possibles de l'Assurance maladie et des mutuelles. Il est également suggéré la possibilité d'un financement distinct pour les différents modules :

- Consultation initiale
- Forfait annuel référent
- Aval : Programme d'éducation thérapeutique
- Aval : Activité physique adaptée

L'existence ou non d'incitations économiques (ou équivalent) à destination des personnes elles-mêmes devra faire l'objet de réflexions complémentaires à mener...

Conclusion : Il apparaît sans doute que les choix de financement dépendent plus de l'organisation politique économique et sociale et enfin historique, que de la nature des dispositifs à financer. Certaines recommandations concernant ce point ont néanmoins été formulées.

1.4 La formation

Une revue générale [52] portant sur les ambitions de changement de comportements (alimentation, activité physique, réduction de la consommation d'alcool, arrêt du tabac et gestion du poids) a mis en évidence les freins suivants :

- La perception de manque de temps des soignants,
- Le manque de priorité perçu pour ce type d'intervention,
- Certaines méconnaissances des bénéfices attendus, associés à des biais ou vis-à-vis de certains patients (grossophobie),
- Perception d'un manque de motivation de la part des personnes.

Ainsi, l'optimisation de ce dispositif devrait bénéficier d'interventions de formation à la fois concernant la pertinence et le bénéfice attendu de ce type d'intervention, la « déstigmatisation » de certaines conditions. Mais aussi sur les approches plus globales (promotion de la santé, prévention, dépistage, optimisation des prises en charge). Et enfin et surtout la capacité de co-construire des priorités et des plans d'interventions adaptés à chaque profession.

1.5 L'organisation de l'aval

Les situations sont multiples de même que les personnes qui y sont exposées.

Il y a trois étapes :

- 1) La description d'un plan d'aval idéal adapté à la situation et à la personne co-construit entre le professionnel et la personne. Il est possible d'avoir à gérer plusieurs objectifs (d'autant plus que la personne est plus âgée et/ou comorbidité). L'extrême multiplicité des situations rend impossible la description de tous les cas de figure.
- 2) La programmation de l'aval est réalisée à partir de la synthèse faite précédemment à l'occasion du rendez-vous prévention. Cette programmation doit avoir lieu au moment du rendez-vous, là encore co-construit. Il est nécessaire d'adapter le plan aux ressources disponibles localement (et donc les avoir identifiées).
- 3) Le suivi et l'aide à la réalisation des objectifs et de la prise en charge (y compris des prises de rendez-vous ultérieures qui doivent tenir compte des impératifs chronologiques afin d'éviter toute perte de chance). Ce suivi et cette aide sont donc incontournables.

2. L'extension du dispositif

Plusieurs extensions sont envisagées dans ce document, sans avoir l'ambition de borner l'évolution possible du dispositif :

- La temporalité
- Le contenu
- La prise en compte du genre
- Extension au-delà de l'individu (sphères sociales et géographiques)
- Implication des citoyens dans la définition de ce qu'il faut faire en priorité et comment organiser ce dispositif, quel vecteur de communication...
- Les e-outils

2.1 Extension concernant la temporalité

Ces rendez-vous sont des interventions ponctuellement bornées et l'ambition à terme est de tendre vers une continuité de la prévention.

Deux facteurs principaux sont à prendre en compte pour le passage progressif d'une prise en charge discontinue vers des modalités plus continues.

- Favoriser un suivi coordonné avec différents acteurs (pluri professionnel, sanitaire et social). Éviter les redondances d'interventions et de cibles par une coordination de la prévention et de la promotion de la santé (vision de la SNS).
- L'acceptabilité sociale de ce qui pourrait apparaître comme une entreprise intrusive [42].

2.2 Extension du contenu

Cette extension serait favorisée soit par l'augmentation du temps consacré, soit par la mise en évidence de nouvelles interventions pertinentes.

2.3. Prise en compte du genre

Il s'agit en fait d'une prise de conscience d'un problème ancien. Il apparaît que cette grille de lecture est insuffisamment prise en compte (cf. contribution du HCSP pour la future SNS).

De nombreuses institutions ont mis cet élément à l'agenda des nouvelles recommandations. Le sexe biologique et l'identité de genre sont des sources de diversité qui ne sont pas souvent prises en compte dans les études sur les services de prévention. Le groupe de travail sur les services préventifs des États-Unis (*United States Preventive Services Task Force (USPSTF)*) [53] a l'intention d'utiliser une approche inclusive pour identifier les questions liées au sexe et au genre dès le début du processus d'élaboration des lignes directrices en distinguant lorsque cela est nécessaire les deux aspects. Les rendez-vous devront à l'avenir tenir compte de cet élément.

2.4 Extension au-delà de l'individu

Il s'agit là d'une analyse jugée très importante par le groupe de travail. Si l'individu est au centre du dispositif, il ne doit pas être l'unique cible d'interventions de santé. D'autres sphères sont à prendre en compte et à articuler à l'individu.

Proches

De nombreuses études pointent l'importance de l'entourage des personnes dans l'efficacité des interventions préventives :

- que cela soit le ou la partenaire le ou la conjoint.e [54,55].
- globalement les personnes constituant le soutien social [56].

- les réseaux sociaux informels ou numériques [57–59].

Ainsi des approches ciblant ces entourages en même temps que les individus seraient sources de synergie.

De manière symétrique on peut espérer un effet « halo ». Par exemple la prise en charge de troubles de la santé mentale chez les mères peut aboutir à une meilleure vaccination des enfants.

Une approche communautaire

Il s'agit selon les contextes politiques et sociaux soit d'une approche communautaire au sens du même territoire ou soit d'une approche par communauté d'intérêts (plus anglo-saxon).

La légitimité de telles approches et leurs articulations avec le dispositif doivent faire l'objet de travaux et de discussion indépendante de cette saisine.

Des approches plus larges encore pourraient être intégrées : régionales, nationales, européenne ou mondiale.

2.5 Implication des citoyens

Les experts généralement sous-estiment l'importance des résultats des examens périodiques pour les citoyens. Ainsi leur participation aux groupes définissant les services préventifs est importante [60]. De même les personnes participantes n'ont pas les mêmes préférences pour la forme que doivent prendre les résultats écrits, graphiques, normes, conseils ... La littératie des personnes impacte sur leurs préférences [61].

2.6 E-outils

Pour la phase de synthèse/priorisation ou légèrement en amont, Santé publique France est en cours de finalisation d'un nouveau dispositif numérique multithématique en prévention spécifiquement conçu à destination des 40-55 ans dénommé *sante40etplus.fr* (lancement 2e trimestre 2023). L'USPSTF propose une application pour aider et guider les médecins. Cette application *Prevention TaskForce* (anciennement ePSS) aide les cliniciens de soins primaires à identifier les services de dépistage, de conseil et de médication préventive qui sont appropriés pour leurs patients. Les données de *Prevention TaskForce* sont basées sur les recommandations actuelles de l'USPSTF et peuvent être recherchées en fonction des caractéristiques spécifiques des patients, telles que l'âge, le sexe/le genre et certains facteurs de risque comportementaux.

Le *National Institute for health and Care Excellence* (NICE), en 2021 [62], soulignait que les interventions de santé numériques et applications mobiles peuvent être efficaces pour induire des changements de comportements (pour certaines personnes !). Leur impact sur les inégalités de santé est inconnu. Par conséquent, les interventions numériques ne doivent pas remplacer, réduire l'accès à d'autres interventions efficaces dont l'efficacité et l'acceptabilité seraient plus universelles.

Les outils d'intelligence artificielle (soit sur les phases de rendez-vous soit la prise en charge de l'aval).

Pour la prise en charge d'aval, certaines interventions numériques ont fait la preuve de leur efficacité [60,63,64]. Ainsi le HCSP considère que ces outils sont « émergents » pour certaines phases d'aval, et sont « hypothétiques et expérimentaux » pour certaines phases d'aval.

VI. RECOMMANDATIONS

Recommandation 1 - Procéder, dans un souci de pertinence à une phase d'expérimentation territoriale avec évaluation détaillée avant la mise en œuvre du dispositif.

1. Contexte - Principes - Ambition

Recommandation 2 - Renforcer la stratégie d'accès pour toutes et tous à la prévention et à la promotion de la santé en s'appuyant sur la future SNS et inscrire les rendez-vous prévention dans la stratégie globale de prévention et de promotion de la santé.

Recommandation 3 - S'assurer de la disponibilité de l'offre de soins préventifs et curatifs pour toutes et tous dans tous les territoires y compris dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) en s'appuyant sur une politique de lutte contre les déserts médicaux et médico-sociaux, en favorisant l'installation des professionnels et des établissements, en s'appuyant sur une politique de coopération territoriale, en soutenant les politiques locales de re-dynamisation des déserts médicaux et médico-sociaux.

Recommandation 4 - Coordonner les politiques sectorielles pour l'accès à un environnement sain respectueux de la santé (santé, environnement, aménagement du territoire, logement, agriculture, travail, éducation) selon l'approche « santé dans toutes les politiques » en créant des environnements favorables à la santé. Veiller à cette cohérence au niveau national et territorial.

Recommandation 5 - Compléter l'approche centrée sur l'implication de l'individu promue par les rendez-vous prévention, par des approches collectives et sociétales indispensables et souvent prioritaires.

Recommandation 6 - Prévoir un financement du dispositif.

6.1 - Mettre les financements en cohérence avec les trois niveaux recommandés : individuel, collectif et sociétal.

6.2 - Prévoir un financement clairement identifié pour l'ensemble des actions : les dispositifs des rendez-vous prévention, les approches collectives locales, les approches sociétales (politiques nationales, européennes, internationales).

6.3 - Prévoir le financement du dispositif des rendez-vous prévention sans diminuer voire en renforçant le financement des structures existantes (PMI, médecine scolaire, médecine du travail, médecine universitaire...etc.) et des associations engagées en prévention de la santé.

Recommandation 7 - Mettre en place des actions visant à changer les représentations de la société sur le système de soins afin de favoriser l'approche préventive et de promotion de la santé.

2. Dispositif global

Recommandation 8 - Structurer le dispositif des rendez-vous prévention en plusieurs étapes : cibler, entrer en contact, le premier contact, le rendez-vous de prévention et le suivi.

Recommandation 9 - Intégrer les rendez-vous prévention dans une approche d'amont et d'aval comprenant le repérage, l'évaluation personnalisée des besoins et la prise en charge en adaptant et développant les structures d'aval.

Recommandation 10 - Veiller à l'efficacité du ciblage et du repérage, de l'adhésion des populations et de l'efficacité de l'organisation et de la qualité du suivi.

Recommandation 11 - Lutter contre l'étiquetage, la stigmatisation et la discrimination (ex : « bonne santé », « mauvaise santé », « bonnes habitudes », « mauvaises habitudes »).

Recommandation 12 - Faire le lien entre les actions de prévention de l'enfance et de l'adolescence avec les rendez-vous prévention de l'adulte afin d'assurer une continuité.

Recommandation 13 - Mettre en œuvre des rendez-vous prévention aux tranches d'âge suivantes : 18-25 ans, 45-50 ans, 60-65 ans, 70-75 ans.

13.1- Élargir la tranche d'âge 20-25 ans à 18-25 ans. L'âge de 18 ans est un âge clef correspondant souvent à la fin de la scolarité et l'entrée dans la vie active ou les études supérieures, et il est important de débiter la prévention des addictions ou la détection des problématiques de santé mentale précocement.

13.2 - Décaler la tranche d'âge de 40-45 ans à 45-50 ans afin d'aligner le contenu avec les campagnes de dépistage, d'être en cohérence avec le dispositif de Santé publique France et de s'adresser à une population plus intéressée à leur santé.

13.3 - Intégrer une tranche d'âge 60-65 ans dans le dispositif et l'articuler avec ceux existants en particulier la CNAV (« Nouvel accompagnement co-construit des retraités » (NACRE) ou « Bienvenue à la retraite » (BAR)²⁴).

13.4 - Créer une tranche d'âge 70-75 ans afin de repérer et remédier aux facteurs de risque de dépendance, d'isolement, d'iatrogénie et d'identifier les défaillances d'organe débutantes en intégrant le dispositif de la perte d'autonomie déjà existant.

3. Dispositif détaillé

3.1. Cibler

Recommandation 14 - Mobiliser les données de santé et sociales disponibles au niveau national et dans les territoires pour cibler les axes et populations à prioriser.

Recommandation 15 - Utiliser l'écosystème des données de santé avec une réflexion éthique et juridique sur le croisement de ces bases avec d'autres bases de données, pour la détection des populations éloignées du système de santé.

Recommandation 16 - Cibler les populations les plus éloignées du système de santé en utilisant les dispositifs nationaux, territoriaux et locaux existants (personnes âgées, précarité...).

Recommandation 17 - Recourir aux techniques de marketing social pour le repérage des populations ainsi que pour la mise en place des programmes de prévention et promotion de la santé, avec les populations et les parties prenantes.

3.2. Entrer en contact

Recommandation 18 - Veiller à un pilotage de la stratégie de communication concernant les rendez-vous prévention.

Recommandation 19 - Multiplier les canaux de messages avec des campagnes grand public, invitation par les caisses, par les mutuelles..., relais par les professionnels de proximité (pharmaciens, paramédicaux, médecins, médiateurs santé ...), et les acteurs sociaux territoriaux en adaptant les messages aux personnes (littératie, marketing social), et les réseaux sociaux.

Recommandation 20 - Développer les dispositifs d'aller-vers au plus proche des lieux de vie, en s'appuyant sur les acteurs de proximité notamment pour les personnes sans médecin traitant, dans des lieux fréquentés par les personnes ciblées (services communaux, quartiers, pharmacies,

²⁴ L'atelier « Bienvenue à la retraite » (BAR), vise à accompagner les nouveaux retraités dans leur transition de l'activité professionnelle vers une retraite active et épanouie en s'appuyant sur différentes thématiques : démarches administratives et financières, projets de vie, lien social, prévention santé.

L'expérimentation NACRE a été menée avec le Gérontopole du CHU de Toulouse, la fondation I2ML et la collaboration du PGI de Bourgogne Franche-Comté. L'ambition est de modéliser et préparer les conditions du déploiement d'une offre de prévention à destination des jeunes retraités précaires (68 ans et exonérés de CSG) en s'appuyant sur une logique de « rendez-vous prévention » et intégrant le programme ICOPE

centres commerciaux, gares, bus itinérants...) et avec des horaires étendus pour les personnes en activité professionnelle.

Recommandation 21 - S'appuyer sur les structures travaillant avec les populations les plus éloignées du système de santé (associations de prévention ou d'accès aux droits, CCAS ou autres dispositifs territorialisés) ou sur les permanences d'accès aux soins (PASS), tournées vers les personnes en difficulté ou vulnérables afin de réduire les inégalités sociales et territoriales.

3.3. Premier contact

Recommandation 22 - Inscrire le premier contact dans une démarche globale de promotion de la santé.

Recommandation 23 - Mettre à disposition des auto-questionnaires (comme le « *how are you* » du NHS) permettant aux individus d'identifier et de prendre conscience des habitudes non favorables à la santé. Ces auto-questionnaires ne doivent pas être considérés comme un filtre pour identifier les besoins de prévention, mais restent une étape en amont du rendez-vous prévention. Ces questionnaires devront être compréhensibles, non stigmatisants et adaptables afin de tenir compte des spécificités individuelles et territoriales. Les questionnaires pourraient être administrés avec l'accompagnement d'un tiers comme un médiateur de santé pour pallier les problèmes de littératie en santé.

Recommandation 24 - Mettre des auto-questionnaires à disposition dans l'espace prévention de « Mon Espace santé » après leur élaboration, en lien avec les agences de santé et autorités administratives (Santé publique France, HAS, Agence du Numérique en Santé (ANS), CNIL). Les réponses de l'auto-questionnaire devront figurer, dans le respect des droits numériques et sauf opposition de la personne, dans « Mon Espace santé » de la personne.

Recommandation 25 - Faciliter la prise de rendez-vous prévention avec le développement d'une application informatique unique et nationale (inclus ou non dans des applications existantes) ou un numéro d'appel gratuit.

3.4. Le rendez-vous prévention

Recommandation 26 - Intégrer le contenu du rendez-vous prévention dans « Mon Espace santé » de la personne, dans un espace dédié aux rendez-vous prévention avec des autorisations d'accès en fonction des intervenants en prévention (gestion des habilitations).

Recommandation 27 - Inciter, former et motiver les professionnels et les acteurs impliqués dans les rendez-vous prévention à une approche de promotion de la santé et de prévention et au rendez-vous prévention (contenu...).

Recommandation 28 - Encourager le recours à des structures d'exercice coordonné pour la réalisation des rendez-vous prévention (CPTS, maisons de santé).

Recommandation 29 - Organiser les rendez-vous prévention avec le médecin traitant de la personne ou informer le médecin traitant de la personne si le rendez-vous est réalisé par un autre professionnel, sauf opposition de la personne.

Recommandation 30 - Permettre une multiplicité d'intervenants formés dans le cadre d'un exercice coordonné et dans une approche territoriale plus lisible.

Recommandation 31 - Créer des conditions d'écoute (lieu favorable, confidentialité...) et de participation des personnes (dialogue, confiance, communication...).

Recommandation 32 - Considérer le contenu du tableau pour chaque tranche d'âge décrit dans l'avis comme indicatif, non stabilisé, non universel compte-tenu de la diversité des individus, des circonstances, des contextes et des ressources.

Recommandation 33 - Intégrer une composante socio-économique, environnementale et culturelle de l'individu au cours des rendez-vous prévention.

Recommandation 34 - Proposer aux personnes éloignées du système de soins l'accès à un médecin traitant dans le cadre des dispositifs mis en place au cours des rendez-vous prévention.

Recommandation 35 - Envisager deux temps lors du rendez-vous prévention, celui de la synthèse partagée entre la personne et le professionnel de santé qui réalise ce rendez-vous, et l'organisation des actions envisagées dans le parcours personnalisé co-construit.

Recommandation 36 - Mettre en place une validation en matière de formation, qualification, certification des professionnels en charge des rendez-vous prévention, en particulier dans le champ de la prévention/promotion de la santé."

Recommandation 37 - Co-construire le parcours personnalisé en tenant compte des préférences, priorités et de l'acceptabilité des personnes.

Recommandation 38 - Recourir à l'entretien motivationnel ou autre intervention brève pour des thématiques de prévention où ces interventions sont probantes et les tester pour les interventions où l'efficacité n'est que prometteuse.

3.5. Le suivi

Recommandation 39 - Mettre en place un suivi individuel dans un parcours et des actions coordonnées afin de s'assurer que les structures concernées seront capables de prendre en charge les pathologies et les états nécessitant une prise en charge qui seront détectées lors des rendez-vous prévention.

Recommandation 40 - Recenser et identifier les offres sur le territoire pour adresser les personnes vers des prises en charge en mettant à disposition des acteurs des annuaires de services pour optimiser le recours (équipes de soins primaires, CPTS, maisons de santé pluriprofessionnelles, maisons sport santé, structures de prises en charge de la maltraitance, CHS (Conseiller Habitat Santé) ou CMEI (Conseiller Médical en Environnement Intérieur), services sociaux.. ...)²⁵. S'appuyer sur des structures de coordination sur le territoire, comme les DAC ([Les dispositifs d'appui à la coordination \(DAC\) - Ministère de la Santé et de la Prévention \(sante.gouv.fr\)](#)).

Recommandation 41 - Mettre en place un comité de pilotage territorial piloté par le Conseil territorial de santé (CTS) et la délégation territoriale (DT) de l'ARS avec les collectivités territoriales, associant les CPTS et les usagers (associations de patients, représentants locaux de France Asso Santé), Coordonner avec les dispositifs existants : contrats locaux de santé (CLS), Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM), les réseaux spécialisés comme les réseaux périnatalité...

Recommandation 42 - Organiser la prise en charge des problèmes de santé mentale mis en évidence dans les rendez-vous prévention de préférence dans une structure située hors de l'enceinte d'un établissement psychiatrique, afin de faciliter le suivi et l'acceptabilité d'un

²⁵ Un CHS (Conseiller Habitat Santé) ou CMEI (Conseiller Médical en Environnement Intérieur), intervient sur prescription médicale, lorsqu'un médecin soupçonne que l'état de santé de son patient peut avoir un lien avec l'état de son logement. Sur prescription médicale, le conseiller effectue avec le patient une visite du logement et repère les sources de pollution intérieure, qu'elles soient liées au bâti (ex : insuffisance de ventilation, dégâts des eaux, ponts thermiques, etc.) ou aux pratiques des occupants (ex : tabagisme, utilisation de produits irritants respiratoires, etc.).

accompagnement des personnes, en renforçant l'existant, voire en créant sur chaque territoire une structure jouant le rôle de plateforme d'orientation.

4. Système d'information, traçabilité et évaluation du dispositif

Recommandation 43 - Mettre en place un comité de pilotage associant des acteurs nationaux, des acteurs territoriaux, des usagers pour une réflexion sur le système d'information des rendez-vous prévention. L'analyse des données de prévention, soumise à autorisation de la CNIL, doit être collective, partagée et non limitée à une analyse par l'Assurance maladie à partir de « Mon espace santé ».

Recommandation 44 - Construire un espace dédié aux rendez-vous prévention dans « Mon Espace santé ».

Recommandation 45 - Rendre la traçabilité des rendez-vous prévention obligatoire pour les professionnels dans un système d'information unique, à savoir « Mon Espace santé ».

Recommandation 46 - Étendre les fonctionnalités de la plateforme numérique du service d'accès aux soins aux rendez-vous prévention (recours à l'ANS et son répertoire partagé des professionnels de santé) afin d'analyser l'offre (les professionnels qui participent aux rendez-vous), le recours et la répartition territoriale.

Recommandation 47 - Développer des outils qui permettront aux personnels de santé d'optimiser la prise en charge des personnes à partir d'éléments personnalisés (âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle : CSP ...).

Recommandation 48 - Prévoir l'évaluation des différentes étapes du dispositif des rendez-vous prévention.

Recommandation 49 - Adapter le dispositif des rendez-vous prévention en fonction des résultats des programmes de recherche et de l'évaluation.

5. Facteurs de réussite

Recommandation 50 - Recourir en priorité aux interventions probantes et transférables, le cas échéant aux interventions prometteuses.

Recommandation 51 - Considérer la littératie en santé comme un élément clé du dispositif des rendez-vous prévention.

Recommandation 52 - Améliorer la connaissance en matière de prévention et de promotion de la santé en développant la recherche publique quantitative, qualitative et participative. Développer la recherche participative sur le développement de parcours personnalisé de prévention.

Recommandation 53 - Former les professionnels des rendez-vous prévention à la littératie, au pouvoir d'agir, aux risques de comportements paternalistes et stigmatisants, au risque de contrôle social, aux droits des personnes (protection de la vie privée, secret professionnel, traitements informatisés des données, droits des patients, droits médico-sociaux). Développer des formations interprofessionnelles et inter-acteurs afin de favoriser l'interconnaissance des missions de chacun(e), ainsi qu'une approche partagée et participative.

Recommandation 54 - Favoriser la participation des personnes en organisant notamment des ateliers ou des forums participatifs ou prospectifs au niveau local et territorial sur les sujets de la prévention en santé (objectifs, modalités d'interventions, freins, leviers ...), et des échanges d'information en ligne (par le biais de « Mon Espace santé »).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. 1986.
- [2] Gordon RS. An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep Wash DC* 1974 1983;98:107–9.
- [3] Barrington D, Saunders S, Sridharan S. Redefining social marketing: Beyond behavioural change. *J Soc Mark* 2015;5:160–8. <https://doi.org/10.1108/JSOCM-03-2014-0021>.
- [4] Roger A, Dourgoudian M, Mergey V, Laplanche D, Ecartot F, Sanchez S. Effectiveness of Prevention Interventions Using Social Marketing Methods on Behavioural Change in the General Population: A Systematic Review of the Literature. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054576>.
- [5] Marmot M. the Marmot Review : strategic review of health inequalities in England post-2010. 2010.
- [6] HCSP. Consultations de prévention. Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2009.
- [7] Fisk EL. Life Insurance an Life Conservation. *The scientific Monthly. Sci Mon* 1917;4:330–42.
- [8] Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The periodic health examination. *Can Med Assoc J* 1979;121:1193–254.
- [9] Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhøj Larsen C, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;10:CD009009. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009009.pub2>.
- [10] Laine C. The annual physical examination: needless ritual or necessary routine? *Ann Intern Med* 2002;136:701–3. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-9-200205070-00013>.
- [11] Chacko KM, Anderson RJ. The annual physical examination: important or time to abandon? *Am J Med* 2007;120:581–3. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2006.07.046>.
- [12] Brett AS. The Routine General Medical Checkup: Valuable Practice or Unnecessary Ritual? *JAMA* 2021;325:2259–61. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.4922>.
- [13] Pathak R, Kang D, Lu Y, Mansuri F, Kasen S, Deng Y, et al. Should we abandon annual physical examination? - A meta-analysis of annual physical examination and all-cause mortality in adults based on observational studies. *Prev Med* 2022;161:107130. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2022.107130>.
- [14] Cour des comptes. La politique de prévention en santé |. 2021.
- [15] Letrilliant L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, et al. ECOGEN : étude des Eléments de la COnsultation en médecine GENérale. *Exerc Rev Fr Médecine Générale* 2014;25:148–57.
- [16] Gelly J, Le Bel J. Délivrance opportuniste de soins de prévention primaire en médecine générale." *Exercer* 114 (2014): 183-5. *Exercer* 2014;114:183–5.
- [17] HCSP. Impact du Covid-19 sur la santé mentale. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2021.
- [18] SPF, Léon C, du Roscoät E, Beck F. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021. *Bull Épidémiologique Hebd* 2023;2:28–40.
- [19] Franck N. Psychiatrie et santé mentale demeurent au second plan dans notre société [Interview]. *Santé En Action* 2022;461:25–7.
- [20] Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep Wash DC* 1974 2014;129 Suppl 2:19–31. <https://doi.org/10.1177/00333549141291S206>.
- [21] Braveman P, Egerter S, Williams DR. The social determinants of health: coming of age. *Annu Rev Public Health* 2011;32:381–98. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101218>.

- [22] French J, Blair-Stevens C. Social Marketing and Public Health: Theory and practice. 2009. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199550692.001.0001>.
- [23] Gordon R, McDermott L, Stead M, Angus K. The effectiveness of social marketing interventions for health improvement: what's the evidence? *Public Health* 2006;120:1133–9. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2006.10.008>.
- [24] Pornet C, Delpierre C, Dejardin O, Grosclaude P, Launay L, Guittet L, et al. Construction of an adaptable European transnational ecological deprivation index: the French version. *J Epidemiol Community Health* 2012;66:982–9. <https://doi.org/10.1136/jech-2011-200311>.
- [25] Privett N, Guerrier S. Estimation of the Time Needed to Deliver the 2020 USPSTF Preventive Care Recommendations in Primary Care. *Am J Public Health* 2021;111:145–9. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305967>.
- [26] Ogden J, Bavalia K, Bull M, Frankum S, Goldie C, Gosslau M, et al. “I want more time with my doctor”: a quantitative study of time and the consultation. *Fam Pract* 2004;21:479–83. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh502>.
- [27] Watson PWB, McKinsty B. A systematic review of interventions to improve recall of medical advice in healthcare consultations. *J R Soc Med* 2009;102:235–43. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2009.090013>.
- [28] Selic P, Svab I, Repolusk M, Gucek NK. What factors affect patients' recall of general practitioners' advice? *BMC Fam Pract* 2011;12:141. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-141>.
- [29] Yano Y, Lloyd-Jones DM. USPSTF Recommendations for Screening for Hypertension in Adults: It Is Time to Unmask Hypertensive Risk. *JAMA Cardiol* 2021;6:869–71. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2021.1122>.
- [30] MacLean L, Edwards N, Garrard M, Sims-Jones N, Clinton K, Ashley L. Obesity, stigma and public health planning. *Health Promot Int* 2009;24:88–93. <https://doi.org/10.1093/heapro/dan041>.
- [31] Harte E, MacLure C, Martin A, Saunders CL, Meads C, Walter FM, et al. Reasons why people do not attend NHS Health Checks: a systematic review and qualitative synthesis. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract* 2018;68:e28–35. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X693929>.
- [32] Chung S, Romanelli RJ, Stults CD, Luft HS. Preventive visit among older adults with Medicare's introduction of Annual Wellness Visit: Closing gaps in underutilization. *Prev Med* 2018;115:110–8. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.08.018>.
- [33] Ellrodt G, Cook DJ, Lee J, Cho M, Hunt D, Weingarten S. Evidence-based disease management. *JAMA* 1997;278:1687–92.
- [34] Goodwin N, Stein V, Amelung V. What is Integrated Care? *Handb. Integr. Care*, Springer; 2021, p. 3–25.
- [35] Sen, A.K. Freedom, Capabilities and Public Action: A Response. *Not Polit* 1996;12:107–25.
- [36] Dutta-Bergman MJ. Primary sources of health information: comparisons in the domain of health attitudes, health cognitions, and health behaviors. *Health Commun* 2004;16:273–88. https://doi.org/10.1207/S15327027HC1603_1.
- [37] Doucet H. Médecine et prévention: considérations éthiques. *Soz- Präventivmedizin/Social Prev Med* 1987;32:38–41. <https://doi.org/10.1007/BF02098079>.
- [38] Green J, Tones K, Cross R, Woodall J. Health promotion : planning and strategies. 3ème. Londres: Sage; n.d.
- [39] Lecourt D. Le paradoxe moderne de l'éthique. *Mag Litt* 1996;No hors série « Un inventaire de la pensée moderne »:112–5.
- [40] Massé R. Le risque en santé publique : pistes pour un élargissement de la théorie sociale. *Sociol Sociétés* 2007;39:13–27. <https://doi.org/10.7202/016930ar>.
- [41] Romains J. Knock ou le triomphe de la médecine : trois actes. Paris: Gallimard; 1966.

- [42] Armstrong D. The rise of surveillance medicine. *Sociol Health Illn* 1995;17:393–404. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10933329>.
- [43] Jonsen A, Durfy S, Burke W. The advent of the "unpatients". *Nat Med* 1996;2:622-4.
- [44] Illich I, Dupuy J-P. *Némésis médicale : l'expropriation de la santé*. Paris: Seuil; 1975.
- [45] MASSÉ R, Saint-Arnaud J. *Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativité*. Les Presses de l'Université Laval; 2003. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1q3xfkz>.
- [46] Foucault, M. *Naissance de la clinique*. 5ème. Paris: Presses Universitaires de France; 1997.
- [47] Crawford R. The boundaries of the self and the unhealthy other: reflections on health, culture and AIDS. *Soc Sci Med* 1982 1994;38:1347–65. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90273-9](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90273-9).
- [48] Zola IK, Bozzini M, Renaud M. *Culte de la santé et méfaits de la médicalisation*. Médecine Société Années 1980, Québec: Éditions coopératives Albert Saint- Martin; 1981, p. 31–51.
- [49] WHO. *Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: Volume 4. Case studies from WHO National Health Literacy Demonstration Projects*. 2022.
- [50] Franck N. *Le centre d'accueil d'évaluation et d'orientation en psychiatrie et en santé mentale*. Encéphale Paris Elsevier Masson 2023.
- [51] HCAAM. *Avis du 25 octobre 2018 : "La prévention dans le système de soins : organisation, territoires et financement – à partir de l'exemple de l'obésité."* n.d.
- [52] Keyworth C, Epton T, Goldthorpe J, Calam R, Armitage CJ. Delivering Opportunistic Behavior Change Interventions: a Systematic Review of Systematic Reviews. *Prev Sci Off J Soc Prev Res* 2020;21:319–31. <https://doi.org/10.1007/s11121-020-01087-6>.
- [53] Caughey AB, Krist AH, Wolff TA, Barry MJ, Henderson JT, Owens DK, et al. USPSTF Approach to Addressing Sex and Gender When Making Recommendations for Clinical Preventive Services. *JAMA* 2021;326:1953–61. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.15731>.
- [54] Falba TA, Sindelar JL. Spousal concordance in health behavior change. *Health Serv Res* 2008;43:96–116. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2007.00754.x>.
- [55] Young VJ, Burke TJ. Self, partner, and relationship motivations for healthy and unhealthy behaviors. *Health Psychol Rep* 2017;5:219–26. <https://doi.org/10.5114/hpr.2017.65221>.
- [56] Regan P, Cachelin FM, Minnick AM. Initial treatment seeking from professional health care providers for eating disorders: A review and synthesis of potential barriers to and facilitators of "first contact." *Int J Eat Disord* 2017;50:190–209. <https://doi.org/10.1002/eat.22683>.
- [57] Gallant MP. The influence of social support on chronic illness self-management: a review and directions for research. *Health Educ Behav Off Publ Soc Public Health Educ* 2003;30:170–95. <https://doi.org/10.1177/1090198102251030>.
- [58] Christakis NA, Fowler JH. The spread of obesity in a large social network over 32 years. *N Engl J Med* 2007;357:370–9. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa066082>.
- [59] Napolitano MA, Hayes S, Bennett GG, Ives AK, Foster GD. Using facebook and text messaging to deliver a weight loss program to college students. *Obesity* 2013;21:25–31. <https://doi.org/10.1002/oby.20232>.
- [60] Torous J, Bucci S, Bell IH, Kessing LV, Faurholt-Jepsen M, Whelan P, et al. The growing field of digital psychiatry: current evidence and the future of apps, social media, chatbots, and virtual reality. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA* 2021;20:318–35. <https://doi.org/10.1002/wps.20883>.
- [61] Bunten A, Porter L, Gold N, Bogle V. A systematic review of factors influencing NHS health check uptake: invitation methods, patient characteristics, and the impact of interventions. *BMC Public Health* 2020;20:93. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7889-4>.
- [62] Blagden S, Austin C, Richey R, Desai M. NICE public health guidance update. *J Public Health Oxf Engl* 2021;43:e107–9. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa244>.

- [63] Ballard CG, McDermid J, Aarsland D, Khan Z, Sweetnam A. iWHELD, A Novel Digital Non-Pharmacological Intervention with Live Virtual Coaching Reduces Antipsychotic Use in Nursing Home Residents with Dementia Compared to Usual Care in a 16-week RCT. *Alzheimers Dement* 2022;18:e069411. <https://doi.org/10.1002/alz.069411>.
- [64] Fortuna KL, Myers AL, Ferron J, Kadakia A, Bianco C, Bruce ML, et al. Assessing a digital peer support self-management intervention for adults with serious mental illness: feasibility, acceptability, and preliminary effectiveness. *J Ment Health Abingdon Engl* 2022;31:833–41. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.2022619>.
- [65] Matta J, Zins M. Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances. *Bull Épidémiologique Hebd* 2016;35–36:640–6.
- [66] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. État de santé des Français et facteurs de risque - Premiers résultats de l'Enquête santé européenne-Enquête santé et protection sociale 2014 |. *Etudes Résultats* 2017;998.
- [67] DREES. L'état de santé de la population en France - Édition 2022. septembre 22.
- [68] Perrine AL, Lecoffre C, Blacher J. L'hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006. *Bull Épidémiologique Hebd* 2018;10:170–9.
- [69] Collège de Santé publique. Hypertension artérielle. *Santé Publique Réf. Collèges*, Elsevier; 2022.
- [70] Lailler G, Piffaretti C, Fuentes S, Nabe HD, Oleko A, Cosson E, et al. Prevalence of prediabetes and undiagnosed type 2 diabetes in France: Results from the national survey ESTEBAN, 2014-2016. *Diabetes Res Clin Pract* 2020;165:108252. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108252>.
- [71] Murray CJL, Aravkin AY, Zheng P, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet* 2020;396:1223–49. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2).
- [72] Coldefy M, Gandré C. Atlas de la santé mentale en France. Ouvrage Irdes 2020.
- [73] Tennant R, Hiller L, Fishwick R, Platt S, Joseph S, Weich S, et al. The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health Qual Life Outcomes* 2007;5:63. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-63>.
- [74] Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361–70. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>.
- [75] Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1974;131:1121–3. <https://doi.org/10.1176/ajp.131.10.1121>.
- [76] Legleye S, Karila L, François B, Reynaud M. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *J Subst Use* 2009;12:233–42. <https://doi.org/10.1080/14659890701476532>.
- [77] Franck N, Cuisniak A, Cadranel M. Le centre d'accueil d'évaluation et d'orientation (CAeO) : une porte d'entrée territoriale dans les soins en santé mentale. *Perspect Psychiatr Soumis* 2023.
- [78] Richard C, Lussier M-T. La littératie en santé, une compétence en mal de traitement. *Pédagogie Médicale* 2009;10. <https://doi.org/10.1051/pmed/20080366>.
- [79] Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* 2015;25:1053–8. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>.
- [80] Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012;12:80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>.

- [81] Van den Broucke S. Health literacy: a critical concept for public health. *Arch Public Health Arch Belg Sante Publique* 2014;72:10. <https://doi.org/10.1186/2049-3258-72-10>.
- [82] Moreira L. Health literacy for people-centred care: Where do OECD countries stand? Éditions OCDE Paris 2018. <https://doi.org/10.1787/d8494d3a-en>.
- [83] Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health literacy: the solid facts. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2013.
- [84] Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 2000;15:259–67. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>.
- [85] Durand M-A, Lamouroux A, Redmond NM, Rotily M, Bourmaud A, Schott A-M, et al. Impact of a health literacy intervention combining general practitioner training and a consumer facing intervention to improve colorectal cancer screening in underserved areas: protocol for a multicentric cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2021;21:1684. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11565-3>.
- [86] Scott TL, Gazmararian JA, Williams MV, Baker DW. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Med Care* 2002;40:395–404. <https://doi.org/10.1097/00005650-200205000-00005>.
- [87] Berkman LF, Melchior M, Chastang J-F, Niedhammer I, Leclerc A, Goldberg M. Social integration and mortality: a prospective study of French employees of Electricity of France-Gas of France: the GAZEL Cohort. *Am J Epidemiol* 2004;159:167–74. <https://doi.org/10.1093/aje/kwh020>.
- [88] Dewalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J Gen Intern Med* 2004;19:1228–39. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x>.
- [89] Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med* 2011;155:97–107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>.
- [90] Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A, Crotty K, et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evid ReportTechnology Assess* 2011:1–941.
- [91] Bennett IM, Chen J, Soroui JS, White S. The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults. *Ann Fam Med* 2009;7:204–11. <https://doi.org/10.1370/afm.940>.
- [92] Bostock S, Steptoe A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *BMJ* 2012;344:e1602. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1602>.
- [93] Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med* 1982 2008;67:2072–8. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>.
- [94] Lloyd JE, Song HJ, Dennis SM, Dunbar N, Harris E, Harris MF. A paucity of strategies for developing health literate organisations: A systematic review. *PloS One* 2018;13:e0195018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195018>.
- [95] Lukoschek P, Fazzari M, Marantz P. Patient and physician factors predict patients' comprehension of health information. *Patient Educ Couns* 2003;50:201–10. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00128-3](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00128-3).
- [96] Easton P, Entwistle VA, Williams B. How the stigma of low literacy can impair patient-professional spoken interactions and affect health: insights from a qualitative investigation. *BMC Health Serv Res* 2013;13:319. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-319>.
- [97] Sudore RL, Landefeld CS, Pérez-Stable EJ, Bibbins-Domingo K, Williams BA, Schillinger D. Unraveling the relationship between literacy, language proficiency, and patient-physician communication. *Patient Educ Couns* 2009;75:398–402. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.02.019>.

- [98] McCarthy DM, Waite KR, Curtis LM, Engel KG, Baker DW, Wolf MS. What did the doctor say? Health literacy and recall of medical instructions. *Med Care* 2012;50:277–82. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318241e8e1>.
- [99] Morris NS, Field TS, Wagner JL, Cutrona SL, Roblin DW, Gaglio B, et al. The association between health literacy and cancer-related attitudes, behaviors, and knowledge. *J Health Commun* 2013;18 Suppl 1:223–41. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.825667>.
- [100] Rademakers J, Delnoij D, Nijman J, de Boer D. Educational inequalities in patient-centred care: patients' preferences and experiences. *BMC Health Serv Res* 2012;12:261. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-261>.
- [101] Katz MG, Jacobson TA, Veledar E, Kripalani S. Patient literacy and question-asking behavior during the medical encounter: a mixed-methods analysis. *J Gen Intern Med* 2007;22:782–6. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0184-6>.
- [102] Douteau S. Impact de la littératie en santé sur la relation médecin-malade : revue de la littérature. 2015.
- [103] Edwards M, Wood F, Davies M, Edwards A. The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. *BMC Public Health* 2012;12:130. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-130>.
- [104] Van den Broucke S, Vandenbroeck P, Boon K, Bravo AM. Promouvoir la littératie en santé dans la première ligne. Les leçons de 24 pratiques en Belgique. 2021.
- [105] Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behav Psychother* 1983;11:147–72. <https://doi.org/10.1017/S0141347300006583>.
- [106] Daval R. Les fondements philosophiques de la pensée de Carl Rogers. *Approche Centree Sur Pers Prat Rech* 2008;8:5–20.
- [107] Michie S, Richardson M, Johnston M, Abraham C, Francis J, Hardeman W, et al. The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med* 2013;46:81–95. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6>.
- [108] Michie S, Wood CE, Johnston M, Abraham C, Francis JJ, Hardeman W. Behaviour change techniques: the development and evaluation of a taxonomic method for reporting and describing behaviour change interventions (a suite of five studies involving consensus methods, randomised controlled trials and analysis of qualitative data). *Health Technol Assess Winch Engl* 2015;19:1–188. <https://doi.org/10.3310/hta19990>.
- [109] Lara J, Evans EH, O'Brien N, Moynihan PJ, Meyer TD, Adamson AJ, et al. Association of behaviour change techniques with effectiveness of dietary interventions among adults of retirement age: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC Med* 2014;12:177. <https://doi.org/10.1186/s12916-014-0177-3>.
- [110] Affret A, Luc A, Baumann C, Bergman P, Le Faou A-L, Pasquereau A, et al. Effectiveness of the e-Tabac Info Service application for smoking cessation: a pragmatic randomised controlled trial. *BMJ Open* 2020;10:e039515. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039515>.
- [111] Soderlund PD. Effectiveness of motivational interviewing for improving physical activity self-management for adults with type 2 diabetes: A review. *Chronic Illn* 2017. <https://doi.org/10.1177/1742395317699449>.
- [112] Bilgin A, Muz G, Yuce GE. The effect of motivational interviewing on metabolic control and psychosocial variables in individuals diagnosed with diabetes: Systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns* 2022;105:2806–23. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.04.008>.
- [113] Steffen PLS, Mendonça CS, Meyer E, Faustino-Silva DD. Motivational Interviewing in the Management of Type 2 Diabetes Mellitus and Arterial Hypertension in Primary Health Care: An RCT. *Am J Prev Med* 2021;60:e203–12. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.12.015>.

- [114] Masterson Creber R, Patey M, Lee CS, Kuan A, Jurgens C, Riegel B. Motivational interviewing to improve self-care for patients with chronic heart failure: MITI-HF randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2016;99:256–64. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.031>.
- [115] Gesinde B, Harry S. The use of motivational interviewing in improving medication adherence for individuals with asthma: a systematic review. *Perspect Public Health* 2018;138:329–35. <https://doi.org/10.1177/1757913918786528>.
- [116] Hill S, Kavookjian J. Motivational interviewing as a behavioral intervention to increase HAART adherence in patients who are HIV-positive: a systematic review of the literature. *AIDS Care* 2012;24:583–92. <https://doi.org/10.1080/09540121.2011.630354>.
- [117] Papus M, Dima AL, Viprey M, Schott A-M, Schneider MP, Novais T. Motivational interviewing to support medication adherence in adults with chronic conditions: Systematic review of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns* 2022;105:3186–203. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.06.013>.
- [118] Wu L, Gao X, Lo ECM, Ho SMY, McGrath C, Wong MCM. Motivational Interviewing to Promote Oral Health in Adolescents. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med* 2017;61:378–84. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.03.010>.
- [119] Cole JW, M H Chen A, McGuire K, Berman S, Gardner J, Teegala Y. Motivational interviewing and vaccine acceptance in children: The MOTIVE study. *Vaccine* 2022;40:1846–54. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.01.058>.
- [120] Boman J, Lindqvist H, Forsberg L, Janlert U, Granåsen G, Nylander E. Brief manual-based single-session Motivational Interviewing for reducing high-risk sexual behaviour in women – an evaluation. *Int J STD AIDS* 2017. <https://doi.org/10.1177/0956462417729308>.
- [121] Dempsey AF, Pyrznowski J, Lockhart S, Barnard J, Campagna EJ, Garrett K, et al. Effect of a Health Care Professional Communication Training Intervention on Adolescent Human Papillomavirus Vaccination: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr* 2018;172:e180016–e180016. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.0016>.
- [122] DiClemente CC, Corno CM, Graydon MM, Wiprovnick AE, Knoblach DJ. Motivational interviewing, enhancement, and brief interventions over the last decade: A review of reviews of efficacy and effectiveness. *Psychol Addict Behav J Soc Psychol Addict Behav* 2017;31:862–87. <https://doi.org/10.1037/adb0000318>.
- [123] Amiri P, Mansouri-Tehrani MM, Khalili-Chelik A, Karimi M, Jalali-Farahani S, Amouzegar A, et al. Does Motivational Interviewing Improve the Weight Management Process in Adolescents? A Systematic Review and Meta-analysis. *Int J Behav Med* 2022;29:78–103. <https://doi.org/10.1007/s12529-021-09994-w>.
- [124] Barrett S, Begg S, O'Halloran P, Kingsley M. Integrated motivational interviewing and cognitive behaviour therapy for lifestyle mediators of overweight and obesity in community-dwelling adults: a systematic review and meta-analyses. *BMC Public Health* 2018;18:1160. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6062-9>.
- [125] Frost H, Campbell P, Maxwell M, O'Carroll RE, Dombrowski SU, Williams B, et al. Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews. *PLOS ONE* 2018;13:e0204890. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204890>.
- [126] HCSP. Sédentarité et activité physique en période post crise sanitaire. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2022.

Avis rédigé par un groupe d'experts membres ou non du HCSP autour de la Commission spécialisée « Déterminants de santé-maladies non transmissibles » (Cs-DSMNT) et de la Commission spécialisée « Système de santé et sécurité des patients » (Cs-3SP). Aucun conflit d'intérêt identifié.

Validé le 20 mars 2023 par vote électronique. Participants : 6 membres qualifiés sur 10 membres du bureau du Collège ; aucun conflit d'intérêt, le texte a été approuvé par 6 votes pour, 0 vote contre, 0 abstention.

Annexe 1 – Saisine de la Direction générale de la santé en date du 23 novembre 2022

Direction générale de
la santé

SOUS-DIRECTION SANTE DES POPULATIONS ET
PREVENTION DES MALADIES CHRONIQUES
AFFAIRE SUIVIE PAR: Dr Marine JEAN-BAPTISTE
TEL. 01.40.56.49.38
marine.jean-baptiste@sante.gouv.fr

Paris, le 23 NOV. 2022

N° D.22-024943

Le Directeur général de la santé

A

Monsieur le Président du Haut
Conseil de la Santé Publique
(HCSP)

OBJET : Déploiement des rendez-vous de prévention prévus par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2023 prévoit la mise en place de « rendez-vous de prévention ».

Le ministère porte une ambition renouvelée pour permettre à chaque citoyen de devenir acteur de sa santé, ces rendez-vous doivent ainsi permettre de contribuer et structurer une démarche de prévention aux âges clés de la vie, et ainsi favoriser les comportements favorables à la santé et des parcours santé de prévention, dont on sait qu'ils peuvent de façon significative éviter les maladies et améliorer la santé des citoyens.

Alors que le « réflexe » prévention est encore très peu existant dans notre société, il s'agira de construire autour de ces rendez-vous les conditions du développement d'une véritable culture de la prévention dans le quotidien des Français. Ces rendez-vous représentent également un nouveau levier pour lutter contre toutes les inégalités de santé, par une mobilisation importante au service des personnes qui restent très éloignées du système de santé aujourd'hui.

Pour garantir l'efficacité de ces rendez-vous prévention, et en favoriser le recours, il nous paraît nécessaire que ces rendez-vous puissent être personnalisés, et adaptés à la situation de la personne. A cette fin, le recueil des facteurs de risque et l'analyse des habitudes de vie, réalisés soit en début d'entretien, soit à l'aide d'un questionnaire renseigné au préalable par la personne, constituera un facteur de réussite.

Si un ou plusieurs facteurs de risque modifiables sont particulièrement repérés (consommation de tabac et/ou d'alcool, sédentarité, habitudes alimentaires, pré-symptômes en santé mentale...), ils auront vocation à être accompagnés d'un entretien motivationnel personnalisé pendant ces rendez-vous de prévention. Cet entretien devra ainsi intégrer des conseils clairs et adaptés à la vie quotidienne de la personne, au vu notamment de son contexte social et familial. En cas de besoin, la personne pourra également être orientée vers une prise en charge spécialisée adaptée.

Ces rendez-vous doivent aussi être l'occasion de faire le point sur la santé mentale de la personne, de communiquer sur les dispositifs existants et disponibles selon l'âge et le sexe de la personne, de repérer les violences sexistes et sexuelles, de tenir compte des enjeux attachés spécifiquement à la santé de la femme,

14 avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP
Tél. 01 40 56 60 00 - www.social-sante.gouv.fr

Le traitement de vos données est nécessaire à la gestion de votre demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux. Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez exercer vos droits à l'adresse dgs-rpdp@sante.gouv.fr ou par voie postale. Pour en savoir plus : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>

ou encore d'inciter à la réalisation des vaccinations et des dépistages recommandés, notamment pour prévenir les cancers.

Ces rendez-vous comprennent trois parties : une phase en amont de repérage, attractivité vers le dispositif et d'auto-questionnaire pour certains ; une phase de bilan de prévention, non-médicalisé, centré sur les modèles d'entretiens motivationnels existants ; une phase en aval d'orientation avec différents parcours (de soin, de prévention, de services sociaux ...) selon les besoins de chaque citoyen.


Pour structurer la mise en œuvre de ces rendez-vous, nous souhaitons pouvoir compter sur la mobilisation du Haut conseil de la Santé publique :

- Vous voudrez bien élaborer des recommandations concernant les éléments de contenus essentiels à aborder et à explorer lors des rendez-vous aux différents âges clés, soit 20-25 ans, 40-45 ans et 60-65 ans, à la fois les contenus que nous retrouverions à chaque âge, et également les enjeux particuliers de chacune de ces tranches d'âge en termes de santé publique. Dans le cadre de cette réflexion, nous vous remercions par ailleurs de bien vouloir nous éclairer sur l'articulation à privilégier du rendez-vous pour les 60-65 ans avec celui déjà prévu au titre de la prévention de la perte d'autonomie à 70-75 ans et dont le recours reste faible aujourd'hui. Il s'agira de déterminer la pertinence du maintien de ces deux rendez-vous, et le cas échéant de proposer un contenu articulé de ceux-ci, afin notamment de prévenir et repérer les fragilités en matière d'autonomie.
- Vous préciserez les éléments de contenus qui peuvent être personnalisés lors de la phase préalable à l'entretien ou de l'auto-évaluation en amont des rendez-vous de prévention, tels que l'alimentation, l'activité physique et sportive, la santé mentale, les addictions, le sommeil, la santé sexuelle, et tout élément complémentaire que vous auriez identifié comme important. Au vu de vos travaux, vous pourrez faire toute proposition utile sur les modalités d'identification de la situation propre de chaque personne permettant un contenu mieux ciblé du rendez-vous.
- Vous voudrez bien réaliser des recommandations quant aux conditions de réussite pour le déploiement de ces bilans, notamment, faire des propositions s'agissant des professionnels à mobiliser pour la réalisation de ces bilans de prévention et entretiens motivationnels, et recommander les outils à mettre à leur disposition, en vous inspirant de l'existant Français et au plan international (notamment pour l'évaluation des facteurs de risque, la formalisation d'un entretien motivationnel et l'orientation du patient).
- A ce titre, la question de la traçabilité des informations recueillies et des orientations éventuellement proposées au titre des suites de parcours de santé pourra être évaluée, de même que la place particulière à réserver au médecin traitant, aux infirmiers de pratique avancée, et aux Infirmiers diplômés d'Etat, dans ce dispositif.
- Alors que des travaux seront engagés au titre du Conseil national de la refondation en santé pour favoriser l'accès de tous à la santé, et structurer une ambition et une stratégie nationales déclinées au plus près des territoires en matière d'aller vers et de médiation en santé, vous proposerez toute autre recommandation visant à favoriser l'appropriation de comportements favorables à la santé, dans le cadre de ces rendez-vous, particulièrement par des publics éloignés du système de santé.
- Enfin, concernant l'aval des rendez-vous de prévention, je souhaite également votre avis l'organisation des parcours des citoyens au détour du rendez-vous de prévention, vers l'offre de prévention existante près de chez eux, et les recommandations quant à la coordination entre tous les acteurs de prévention et de promotion de la santé et acteurs de soins existants sur le territoire, afin que ceux-ci participent à une modification durable des habitudes de vie du citoyen, dans les cas où un tel changement est nécessaire pour le citoyen.

Pour garantir la tenue du calendrier de mise en œuvre des rendez-vous de prévention et permettre une consultation large sur la base de vos travaux, je souhaite pouvoir disposer des premiers éléments, notamment sur le contenu des rendez-vous, les conditions de réussite de leur réalisation, d'ici fin janvier 2023, et la totalité des recommandations pour fin février 2023.

Pour répondre à cette saisine, vous pourrez solliciter Santé publique France, la HAS, l'INCa, la CNAM, la CNAV et les autres caisses d'assurance maladie et de retraite en tant que de besoin. Je souhaite par ailleurs que vous puissiez enrichir vos recommandations par l'étude des initiatives efficaces repérées au plan international. Mes équipes restent à votre disposition pour toute précision.

Jérôme SALOMON



Annexe 2 – Composition du groupe de travail

Marc BONNEFOY, membre de la Commission spécialisée « Déterminants de santé- maladies non transmissibles » (Cs-DSMNT)

Marc CHANELIÈRE, membre de la Commission spécialisée « Système de santé et sécurité des patients » (Cs-3SP)

Frédérique CLAUDOT, membre de la Commission spécialisée « Système de santé et sécurité des patients » (Cs-3SP)

François EISINGER, président de la Commission spécialisée « Déterminants de santé- maladies non transmissibles » (Cs-DSMNT), pilote du groupe de travail

Nicolas FRANCK, Professeur de psychiatrie à l'université Claude Bernard Lyon 1, chef du pôle Centre rive gauche et responsable du Centre ressource de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive (CRR) au Centre hospitalier Le Vinatier, Lyon.

Stéphanie GENTILE, membre de la Commission spécialisée « Système de santé et sécurité des patients » (Cs-3SP)

Véronique GILLERON, présidente de la Commission spécialisée « Système de santé et sécurité des patients » (Cs-3SP), pilote du groupe de travail

Patricia GURVIEZ, membre de la Commission spécialisée « Déterminants de santé- maladies non transmissibles » (Cs-DSMNT)

Jean-Marie JANUEL, membre de la Commission spécialisée « Système de santé et sécurité des patients » (Cs-3SP)

Anne-Laurence LE FAOU, membre de la Commission spécialisée « Déterminants de santé- maladies non transmissibles » (Cs-DSMNT)

Élodie MILLION, membre de la Commission spécialisée « Santé des enfants, des jeunes, approche populationnelle » (Cs-SEJAP)

Corinne ROCHETTE, membre de la Commission spécialisée « Déterminants de santé- maladies non transmissibles » (Cs-DSMNT)

Catherine BILGER, coordinatrice de la Cs-3SP, SG-HCSP

Marie-France d'ACREMONT, coordinatrice de la Cs-DSMNT, SG-HCSP

Annexe 3 - Liste des structures auditionnées et des contributions écrites

Liste des structures auditionnées

Commanditaire : Marine JEAN-BAPTISTE, DGS/SP, Sébastien MONLUC, DGS/SP, Azeb SEBATLAB, DGS/SP/SP5, Julien MOLESIN, DGOS, Suzanne SCHEIDEGGER, DGCS, Anne-Charlotte SALAVERT, DSS, Marion MATHIEU, DSS, Jérémie CASABIELHE, chef de mission DSS, Louise CADIN (DGCS), le 6 décembre 2022

Caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM) : Catherine GRENIER, directrice des Assurés à la Direction Déléguée à la Gestion et à l'Organisation des Soins, le 14 décembre 2022

Institut National du Cancer (INCa) : Norbert IFRAH, président, Thierry BRETON, Directeur général et Frédéric DE BELS, responsable département prévention à l'INCa, le 14 décembre 2022

Caisse nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) : Laurent TARRIEU, Directeur adjoint, Renaud VILLARD, Directeur général, le 21 décembre 2022

Conférence nationale de santé (CNS) : Emmanuel RUSCH, le 19 décembre 2022

Santé publique France : Laëtitia HUIART, directrice scientifique, Pierre ARWIDSON, directeur adjoint de la prévention et de la promotion de la santé, Claudine TANGUY, directrice adjointe de la prévention et de la promotion de la santé, chargée des dispositifs de marketing social, Louis SOUVILLE, Nathalie BELTZER, responsable de l'unité « Avancer en âge en santé » au sein de la Direction des maladies non transmissibles et des traumatismes, Emmanuelle HAMEL, responsable de l'unité « Personnes âgées et population vulnérables » et chargée du programme « Santé 40 et plus », Valérie HENRY, chargée de projet dans le champ de la coordination des sujets de prévention et de promotion de la santé entre les régions et la DTPM, le 22 décembre 2022

AVEC Santé (exercice coordonné): Pascal GENDRY, président, Pascal CHAUVET, Jintana JUMAC, Hugo TIFFOU, le 3 janvier 2023

Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) : François ARNAULT, Président, René-Pierre LABARRIERE, président de la section exercice professionnel, Francisco JORNET, directeur des services juridiques du CNOM, le 3 janvier 2023

Union nationale des professions de santé (UNPS) : William JOUBERT, président, Sarah DEGIOVANI, secrétaire générale, John PINTE, vice-président, Émilien BERNARD, chargé de mission, le 5 janvier 2023

Centre d'accueil d'évaluation et d'orientation, santé mentale (CAeO) : Sofia EL OUSSOUL, le 6 janvier 2023

Comité de liaison des institutions ordinales (CLIO) : Eric PROU, président pédicure, podologue, Carine WOLF-THAL, présidente du CNOP, Pascale MATHIEU, présidente du Conseil de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, vice-présidente du CLIO, Isabelle DERRENDINGER, présidente du Conseil de l'Ordre des sages-femmes, Patrick CHAMBOREDON, président du Conseil de l'Ordre des infirmiers, Fabienne BLANCHET, Conseil de l'Ordre des pharmaciens, le 9 janvier 2023

Collège de la médecine générale (CMG) : Tiffany BONNET, Paul FRAPPÉ, président, Sophie SUN, le 9 janvier 2023

Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) : Benoît VALLET, Directeur général, le 13 janvier 2023

Mutualité sociale agricole (MSA) : Baptiste GOUBEL, chargé de mission Instants santé/Instants santé jeunes, Marine MOUYSSSET, chargée de mission rendez-vous prévention jeune retraité, Frédéric POMYKALA, responsable du département prévention et éducation sanitaire et sociale, Magalie RASCLE, directrice déléguée aux politiques sociales CCMSA, le 16 janvier 2023

Haute Autorité de santé (HAS) : Dominique LE GULUDEC, présidente et Patricia MINAYA FLORES, cheffe du service de santé publique, le 16 janvier 2023

Fédération Nationale de l'Éducation pour la Santé (FNES) : François BAUDIER Président et Christine FERRON, Déléguée générale, le 16 janvier 2023

France Assos santé : Gérard RAYMOND, président et Claude RAMBAUD, vice-présidente, le 16 janvier 2023

ARS Île-de-France : Magali GUÉGAN, directrice adjointe de la santé publique, le 18 janvier 2023

ARS Guyane : Solène WIEDNER-PAPIN, directrice de la santé publique, le 19 janvier 2023

Contributions écrites

Xavier GOCKO, médecin généraliste, maître de conférences des universités à Saint-Étienne, membre du bureau du Collège national des généralistes enseignants (CNGE)

PSYCOM : Aude CARIA, directrice

Franck Le DUFF : Directeur du Centre Régional de Coordination du Dépistage des Cancers de Corse

URPS Nouvelle-Aquitaine - MEDPREV : Jean-Luc DELABANT, médecin généraliste, président commission prévention URPS-ML NA, François LOEZ, médecin généraliste, président commission prévention URPS-ML HdF ; Caroline De PAUW, directrice URPSML HdF, Emmanuel BATAILLE, directeur URPSML-NA, Arly COMMUNIER, ingénieur en éducation santé, cheffe de projet MedPrev : développement et déploiement d'un parcours de prévention personnalisé et structuré

Anne-Cécile CORNIBERT, chef de projets au Centre ressource de réhabilitation psychosociale (CRR), instance nationale de promotion de la réhabilitation psychosociale en psychiatrie.

Sylvain ROTILLON, adjoint au coordonnateur interministériel pour le développement du vélo et de la marche-Coordination inter ministérielle du développement vélo et marche

Coordinatrices des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) de Lyon : Mesdames BERTHILLOT, CHAVARIN, et DENISOT

ARS La Réunion, Cyril HERIBERT-LAUBRIAT, Responsable du secteur des personnes handicapées

Laurent GERBAUD au titre de président de l'Association des Directeurs de Service de Santé Universitaires (ADSSU)

Notes de Santé publique France sur les rendez-vous prévention 20-25 ans, les rendez-vous prévention 45 et 65 ans, autoquestionnaire 40 ans et plus

Contribution en date du 14 février 2023 de Corinne LETHEUX au titre de la Société française de Santé au Travail

Note de la Société Française de Santé Publique (SFSP) sur l'article 17 du Projet de loi de financement de Sécurité sociale (PLFSS) 2023 portant création de consultations de prévention à 3 âges de la vie

JP GIORDANELLA : ex Coordinateur National des Centres d'Examens de Santé

Eric BILLAUD, infectiologue au CHU de Nantes (sur la santé sexuelle)

Rémi LAPORTE (HCSP), M. SCHWARTZ, pour la Coordination des Permanences d'Accès aux Soins de Santé en Provence-Alpes-Côte d'Azur

Annexe 4 – Textes complémentaires

Les données épidémiologiques

Les différences observées entre zones géographiques sont parfois très importantes, par exemple dans la cohorte Constance [65], la prévalence de l'obésité était de 12,3 % dans le Rhône et de 25,6 % dans le Nord. Ainsi une prise en compte des conditions locales devrait être envisagée (avec une attention très particulière pour les départements d'outre-mer et territoires d'outre-mer (DOM-TOM)).

Quelques données nationales (« macro-territoire »)

Données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

- Note publiée en 2017 (Enquête européenne 2014) [66]

Près de 40 % des Français évoquent un problème de santé chronique et un quart une limitation dans les activités du quotidien. Ces indicateurs d'état de santé varient fortement selon les catégories socioprofessionnelles, au détriment des catégories défavorisées, en particulier les ménages d'ouvriers non qualifiés. Près d'une femme sur dix et un homme sur vingt présentent des symptômes dépressifs, qui s'accroissent à partir de 75 ans. Parmi les facteurs de risque, l'excès de poids concerne 46 % de la population métropolitaine, le surpoids 31 % et l'obésité 15 %. Enfin concernant le tabagisme, 28 % des personnes fument, dont 22 % quotidiennement.

- Rapport publié en 2022 [67]

Une personne sur dix présente des symptômes évocateurs de troubles dépressifs en France métropolitaine en 2019 parmi les personnes âgées de plus de 15 ans, avec des écarts du simple au double selon le niveau de vie. Dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), la situation est plus critique, avec au moins 2 personnes sur 10 concernées en Guyane ou à Mayotte. Par ailleurs, un adulte sur deux est gêné par des problèmes de sommeil. 30 % des habitants de France métropolitaine de 15 ans ou plus déclarent ressentir des douleurs physiques.

Concernant l'alcool, les alcoolisations ponctuelles importantes (API) augmentent. Le tabac constitue toujours la première cause de mortalité évitable, avec 75 000 décès en 2015. La tendance est cependant à la baisse entre 2014 et 2019 : 18,5 % des 15 ans ou plus fument quotidiennement en 2019, alors qu'ils étaient 25 % en 2014. Mais en 2020, la baisse semble marquer un coup d'arrêt.

Si en France métropolitaine plus de 3 habitants sur 4 consomment tous les jours des fruits et légumes, c'est moins de 50 % dans les DROM, où la consommation de boissons sucrées est aussi plus répandue.

Concernant l'activité physique, 20 % des habitants de France métropolitaine et 30 % des habitants des DROM ne font aucun trajet à pied d'au moins 10 minutes par semaine.

La surcharge pondérale concerne 45 % des personnes en France dont 14 % souffrant d'obésité.

En ce qui concerne la santé au travail, le risque d'accidents est plus élevé en manutention manuelle, la majorité des maladies professionnelles concernent les troubles musculosquelettiques.

Le recours au dépistage organisé du cancer est inégal selon le niveau de vie.

La vaccination contre la grippe saisonnière, qui concerne 6 personnes sur 10 parmi les 75 ans ou plus, est légèrement plus répandue parmi les personnes les plus aisées.

Autres études

Concernant l'hypertension artérielle

Enquête ESTEBAN [68] en 2015 : Sur 2 169 adultes, la prévalence de l'hypertension artérielle était de 30,6 % [IC95%: 28,1-33,2].

Seule 1 personne sur 2 avait connaissance de son hypertension. Parmi les personnes traitées, seulement 55 % avaient une pression artérielle contrôlée.

En 2019, selon le Collège de Santé publique [69] environ 15 millions d'adultes seraient hypertendus, ce nombre étant extrapolé à partir de l'Enquête nationale nutrition santé (ENNS).

Dans le tableau ci-dessous, on peut noter des différences importantes en fonction de l'âge.

Tableau - Proportion estimée de personnes hypertendues en 2019 selon la tranche d'âge

	18-34	35-44	45-54	55-64	65-74
Hommes	4,0%	19,5%	42,6%	62,4%	69,9%
Femmes	5,6%	13,1%	31,4%	43,7%	65,0%

Même si les chiffres sont beaucoup plus bas pour les bénéficiaires des rendez-vous « 20-25 » ans, ne pas mesurer la tension serait sans doute une erreur en raison de causalité plus particulière dans cette tranche d'âge et des risques d'impact en raison d'une absence de prise en charge.

Concernant le diabète

Enquête ESTEBAN [70] 2014-2016 : Le diabète de type 2 peut être longtemps méconnu : parmi les adultes âgés de 18 à 74 ans, la fréquence du diabète non diagnostiqué était estimée à 1,7%, et du prédiabète (glycémie élevée mais inférieure au seuil de diabète) de 9,9% soit au total : 11,6%

Approche « Global Burden of diseases » ou « fardeau des maladies »

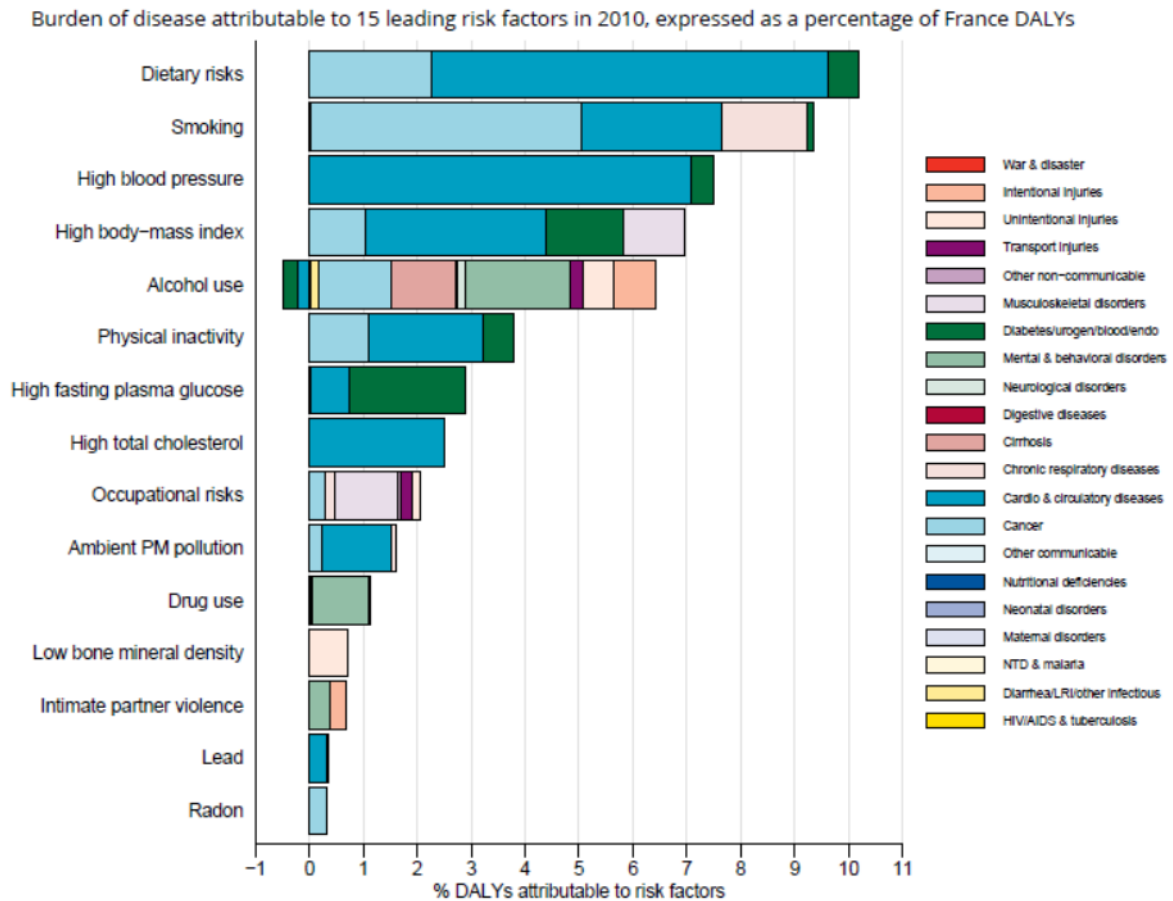
Facteurs favorisant les pathologies /impact quantitatif : « DALY » (espérance de vie corrigée par l'incapacité) :

Selon l'IHME ²⁶ (*Institute for Health Metrics and Evaluation*) qui s'appuie sur le programme *Global Burden of Diseases* (régulièrement publié dans *The Lancet* [71]), en 2010 les principaux facteurs de risque responsables du fardeau le plus important en France²⁷ sont décrits dans le graphique suivant. Les trois premiers sont les risques alimentaires, le tabac et l'hypertension artérielle.

²⁶ The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), <https://www.healthdata.org/about/our-principles>

²⁷ Global burden of diseases, injuries, and risk factors study 2010

https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gbd_country_report_france.pdf



En 2019 les principales causes de décès et d'incapacités combinés en France²⁸ sont dans l'ordre :

- Le tabac
- L'hypertension artérielle
- La consommation d'alcool
- Le sur poids (IMC élevé)
- Les risques alimentaires
- La glycémie à jeun élevée
- Les risques professionnels
- Une dyslipidémie (lipoprotéines de faible densité (LDL) élevées)
- La fonction rénale altérée

Ainsi on peut déduire de ces données, que les rendez-vous prévention pourraient prendre en charge globalement les 6 premiers facteurs : risques alimentaires, tabac, hypertension artérielle, excès pondéral, alcool, inactivité physique, glycémie, cholestérol.

Le facteur des risques professionnels serait sans doute mieux pris en charge par un autre dispositif : la Santé au travail (en articulation). Il est observé que la pollution de l'air a diminué de 26 % entre 2009 et 2019 (les mesures en France mettent aussi en évidence une réduction entre 2009 et 2016 ²⁹).

À noter que les violences intra familiales (partenaire) jouent un rôle clairement identifiable et pouvant nécessiter une priorisation indépendante de son impact quantitatif en raison de leur importance sociétale.

²⁸ <https://www.healthdata.org/france?language=48>

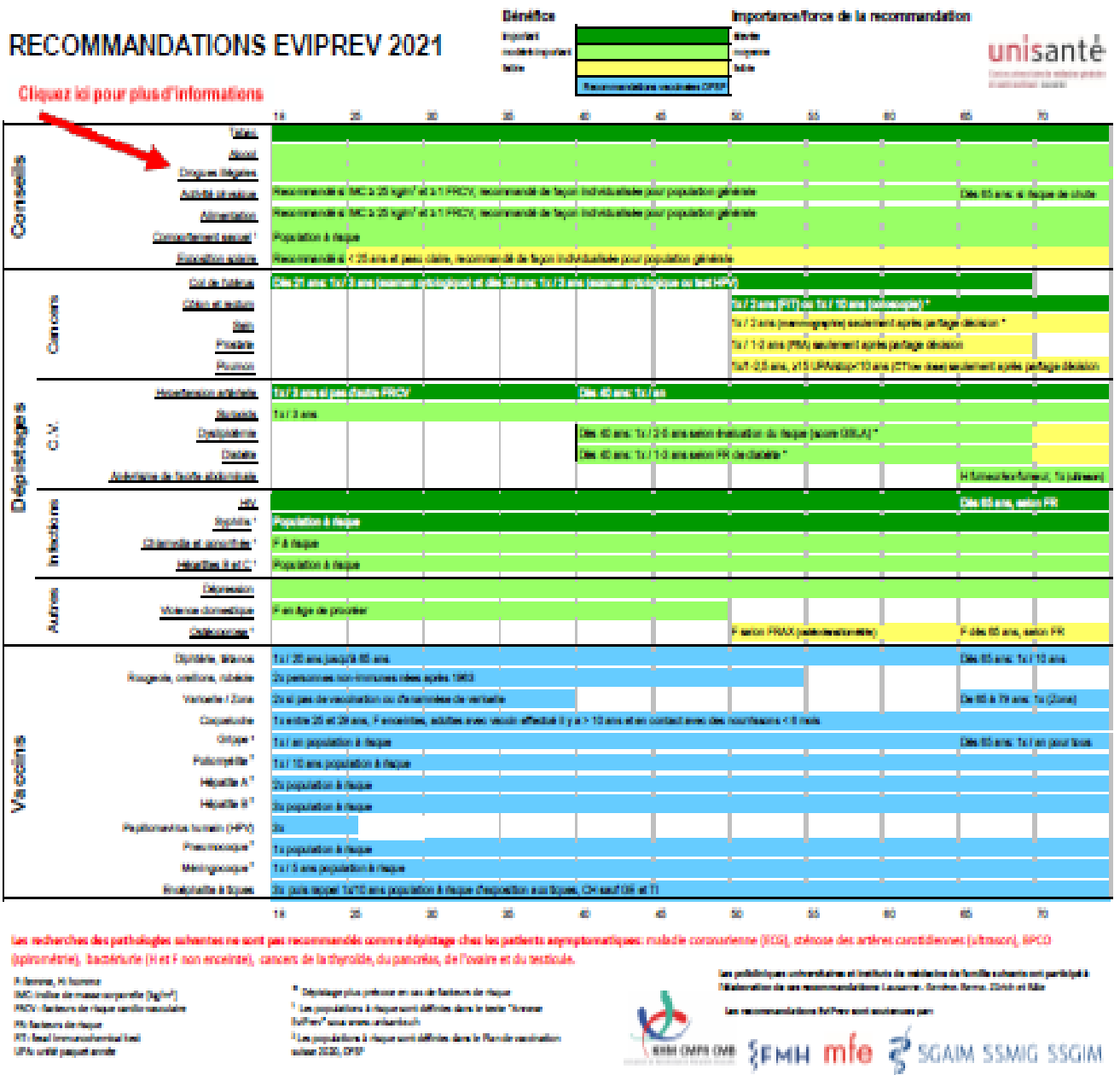
²⁹ <http://www.donnees.statistiques.developpement-durable.gouv.fr/lesessentiels/essentiels/air-particules.htm>

Référentiel de pratiques de l'examen de prévention en santé. Travaux suisses, québécois, les centres d'examens de santé sur le contenu recommandé

Le tableau des recommandations EviPrev 2021 résulte d'un consensus du comité scientifique.

Lien : [Tableau EviPrev | Unisanté \(unisante.ch\)](#)

Il donne une vue d'ensemble des interventions de prévention recommandées chez l'adulte, selon l'âge, le sexe et certains facteurs de risque. Lorsqu'il existe différents grades de recommandations selon la population cible pour un item donné, c'est la recommandation la plus forte qui apparaît dans le tableau.



Fiche de prévention clinique (Québec)

Adultes

Lien : [Fiche de prévention clinique - Adultes \(cmq.org\)](https://www.cmq.org/fr/fiche-de-prevention-clinique-adultes)

© Collège des médecins du Québec et Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2020

Les recommandations contenues dans ce document ciblent les adultes de 18 ans et plus, à l'exception des femmes enceintes. Elles s'appuient sur des données probantes et peuvent entraîner d'importants gains de santé pour la population. **Ces recommandations ne doivent jamais remplacer la démarche clinique nécessaire en présence de symptômes, de signes ou de facteurs de risque importants pour la santé, qui peuvent en modifier l'application. Le clinicien doit alors justifier sa conduite dans sa note clinique.** Ces recommandations (sauf pour l'ostéoporose) sont détaillées dans le *Guide des bonnes pratiques en prévention clinique* du directeur national de santé publique, qui sert de référence.



Habitudes de vie

Alimentation et activité physique

- Promouvoir une [saine alimentation](#) et un [mode de vie physiquement actif](#) auprès de tous les patients

(Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) 2016 et 2019)

Tabagisme

Aux visites de soins qui s'y prêtent :

- Documenter le statut tabagique et recommander l'abandon du tabagisme
- Offrir un [counseling](#) pour soutenir le changement et proposer une aide antitabagique seule ou combinée
- Diriger le patient vers la panoplie de services gratuits présentés sur le site [Québec sans tabac](#)

(MSSS 2018)

Alcool

Aux visites de soins qui s'y prêtent :

- Dépister l'abus d'alcool, offrir une intervention brève et diriger le patient vers les ressources pour le dépistage et le traitement du [Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances](#)

Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

- Évaluer les [facteurs de risque d'ITSS](#) au moins une fois par année
- [Dépister](#) les ITSS selon les facteurs de risque décelés
- Offrir un counseling préventif sur l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires
- [Soutenir](#) la personne atteinte d'une ITSS pour qu'elle avise ses partenaires
- Offrir une [chimio prophylaxie](#) aux personnes exposées lorsqu'indiqué
- Offrir les vaccins contre les [virus du papillome humain \(VPH\)](#), [l'hépatite A](#) et [l'hépatite B](#) aux personnes visées par le [Protocole d'immunisation du Québec](#)

(MSSS 2017 et 2019, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) 2019)

Syndrome métabolique



Diabète de type 2

- Remplir le [questionnaire FINDRISC](#) pour évaluer le risque pour le patient de développer un diabète dans les 10 prochaines années :
 - Risque faible ou modéré : ne pas dépister – repasser le questionnaire aux 3 à 5 ans
 - Risque élevé : dépister aux 3 à 5 ans
 - Risque très élevé : dépister annuellement
- Aider le patient à améliorer ses habitudes de vie, en présence de facteurs de risque décelés au questionnaire
- Dépister au moyen du dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c). Un résultat de HbA1c supérieur ou égal à 6,5% suggère un diagnostic de diabète de type 2. La glycémie à jeun ou l'hyperglycémie provoquée sont d'autres options acceptables. Si l'un des tests suggère un diabète, l'Association canadienne du diabète [recommande de répéter le test](#) pour confirmer le diagnostic

(GECSSP 2012)

Dyslipidémie

Pour les patients de 40 à 75 ans et ceux de moins de 40 ans présentant au moins un [facteur de risque cardiovasculaire](#) :

- Appliquer les [recommandations de l'INESSS](#) (démarche décrite dans le [Guide des bonnes pratiques en prévention clinique](#)). Ce sont celles que privilégie le directeur national de santé publique. Les recommandations de la [Société canadienne de cardiologie](#) sont également acceptables (INESSS 2017 et Société canadienne de cardiologie 2016)

Hypertension

- En l'absence d'un diagnostic d'HTA, mesurer la tension artérielle (TA) lors de toute consultation de soins qui peut s'y prêter, particulièrement pour un nouveau patient :
 - TA systolique supérieure ou égale à 140 ou TA diastolique supérieure ou égale à 90 : revoir le patient au cours du mois*
 - TA systolique entre 130 et 139 ou TA diastolique entre 85 et 89, en l'absence d'atteinte d'un organe cible et en l'absence de diabète : revoir le patient dans l'année*
 - TA systolique inférieure à 130 et TA diastolique inférieure à 85 : augmenter la fréquence des contrôles de la TA en présence de facteurs de risque de MCV, si le patient appartient à un groupe ethnique plus à risque d'HTA ou si une tendance à la hausse est observée dans les mesures de la TA*

* Réaliser le suivi approprié selon l'[algorithme](#) recommandé (p. 2) (GECSSP 2012)

Obésité

Aux visites de soins qui s'y prêtent :

- Calculer l'[indice de masse corporelle \(IMC\)](#) (mesure de la taille et du poids)*
- Proposer [des interventions comportementales](#) (visant la gestion du poids) aux personnes qui présentent un surpoids ou de l'obésité

* La mesure du tour de taille est aussi utile à l'évaluation du risque de diabète et du risque cardiovasculaire. (GECSSP 2015, Chaire de recherche sur l'obésité de l'Université Laval)

CNAM/Centre Technique d'Appui et de Formation (CETAF)-décembre 2022 (extrait)

[Cetaf » Améliorer l'examen de prévention en santé et l'adapter aux populations](#)

TABLEAU DES OBJECTIFS ET DE MODULATION

Ce tableau présente le périmètre socle du référentiel de pratiques de l'Examen de Prévention en Santé (EPS), c'est à dire les composantes de cet examen qui seront mises en œuvre dans l'ensemble des CES.

Ce tableau regroupe :


Les problématiques de santé et de prévention, les objectifs poursuivis pour chacune d'entre elles et leurs critères de modulation ;

Les examens, tests ou questionnaires qui sont réalisés selon les situations (modulation selon âge et facteurs de risque).

Ce périmètre a été défini à partir de recommandations nationales et internationales afin d'assurer le fondement scientifique de l'EPS. Lorsqu'il n'existait pas de recommandation de la HAS spécifiquement pour les CES, les recommandations de la HAS destinées à la pratique des médecins généralistes ont été prises en compte.

Au-delà de ce périmètre socle, lorsqu'un patient exprime une préoccupation sur sa santé ou que le professionnel de santé identifie un besoin particulier en santé le concernant, d'autres examens de dépistage, conformes à la mission de prévention des CES (cliniques, biologiques ou préventifs) peuvent être pratiqués.

A la page suivante, trois exemples sont présentés

	Objectifs	Critères de la modulation des examens et tests	Examens, tests et questionnaires
HYPERTENSION¹ <i>(ANAES 2004)</i> <i>(HAS sept.2016)</i>	Dépister une hypertension artérielle	<ul style="list-style-type: none"> Tous les consultants de 16 ans et plus 	<ul style="list-style-type: none"> PAS/PAD
	Accompagner dans la prise en charge d'une hypertension artérielle connue	<ul style="list-style-type: none"> Consultants avec une HTA connue et si pas de réalisation au minimum dans les 12 mois précédant l'EPS Si pas de réalisation au minimum dans les 3 ans précédant l'EPS 	<ul style="list-style-type: none"> DFG (CKD-EPI) Albuminurie/Créatininurie² Kaliémie Natrémie SCORE (risque CV) chez les 40 à 65 ans ECG Glycémie chez les 45 ans et plus EAL
DYSLIPIDÉMIE¹ <i>(Aïssaps mars 2005)</i>	Dépister une dyslipidémie	<ul style="list-style-type: none"> Consultants de 16 à 18 ans n'ayant pas eu de bilan lipidique depuis 12 mois et présentant : <ul style="list-style-type: none"> une obésité ou un surpoids et ayant des antécédents familiaux de diabète ou d'hypercholestérolémie familiale ou de dyslipidémies Consultants de 18 à 35 ans avec IMC>25 Consultants de 35 ans à 80 ans 	<ul style="list-style-type: none"> EAL
	Accompagner dans la prise en charge d'une dyslipidémie connue	<ul style="list-style-type: none"> Consultants avec une dyslipidémie et si pas de réalisation dans les 12 mois précédant l'EPS 	<ul style="list-style-type: none"> EAL DFG (CKD-EPI) Albuminurie / Créatininurie Glycémie chez les 45 ans et plus SCORE (risque CV) chez les 40 à 65 ans
 SURPOIDS, OBÉSITÉ <i>(HAS sept. 2011)</i> <i>(HAS fév. 2022)</i> <i>(HAS juin 2022)</i>	Repérer un surpoids ou une obésité et les accompagner d'une intervention éducative	<ul style="list-style-type: none"> Consultants de 16 à 18 ans <ul style="list-style-type: none"> Surpoids sans facteur de risque Surpoids avec facteur de risque ou obésité 	<ul style="list-style-type: none"> IMC Tour de taille / Taille + Glycémie + EAL + ASAT, ALAT
		<ul style="list-style-type: none"> Consultants de plus de 18 ans (hors femmes enceintes) <ul style="list-style-type: none"> IMC ≥ 25 	<ul style="list-style-type: none"> IMC Tour de taille si 25 ≤ IMC < 30 DFG (CKD-EPI)³ Albuminurie/Créatininurie EAL Glycémie chez les 45 ans et plus⁴ SCORE (risque CV) chez les 40 à 65 ans

EXEMPLE DE TRAVAUX EN COURS

Certains sujets sont périodiquement réévalués (dont l'âge de début des mammographies de dépistage). En 2023 sur le site de l'USPSTF³⁰ étaient listées les situations en cours d'analyse et l'on peut citer à titre d'exemple concernant le dépistage

- Cancer de l'anus
- Maladie rénale chronique
- Infection à *Helicobacter pylori*
- Infection par la syphilis chez les femmes enceintes

30 <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation-topics/recommendations-in-progress>

La santé mentale

En France, l'offre de soin dans le domaine de la santé mentale est très riche [17]. Cette richesse la rend peu lisible, du fait d'une multiplicité de pratiques et de professions. Les pratiques des professionnels libéraux sont très hétérogènes. Seule la psychiatrie publique se caractérise par une organisation homogène. Celle-ci est héritée de la Circulaire du 15 mars 1960³¹, avec pour pivot du dispositif ambulatoire plusieurs centaines de centres médico-psychologiques (CMP) répartis sur tout le territoire français. En 2017, les établissements de santé autorisés en psychiatrie ont pris en charge 2 millions et demi de personnes, dont près de 2 millions d'adultes et plus d'un demi-million d'enfants et d'adolescents. Sur ce total, l'hospitalisation à temps plein a concerné 340 000 personnes, toutes les autres ayant été suivies en ambulatoire [72]. La prévention repose sur la bonne volonté, l'engagement et les compétences des acteurs de terrain.

La conjugaison de ces caractéristiques de l'offre publique, à la dispersion et au manque de lisibilité de l'offre privée, associés à un manque de culture de la santé mentale et à une stigmatisation persistante des troubles contribuent à une difficulté d'accès aux soins psychiatriques [19]. L'une des conséquences est un accès aux soins tardif pour une partie des personnes concernées, qui ont de ce fait recours aux dispositifs d'urgences. Le risque pour elles est l'aggravation des problématiques jusqu'à l'instauration de soins sous contrainte lorsque la demande émane de tiers. Leur permettre d'accéder plus tôt, en amont de leur parcours de dégradation psychique, à un diagnostic et à des soins est favorable au pronostic.

Dans le domaine de la santé mentale, une action de prévention ne peut se limiter à la recherche des manifestations qui peuvent précéder l'entrée dans la maladie, elle doit également prêter une attention particulière aux facteurs de stress susceptibles de précipiter cette entrée. Selon le modèle vulnérabilité-stress, un stress peu élevé suffit à déclencher des troubles chez les personnes très vulnérables. Les entretiens de prévention devront donc porter à la fois sur les modalités d'expression précoce de la vulnérabilité et sur les facteurs de stress externes pouvant favoriser l'expression de celle-ci. Les principales manifestations prémorbides peuvent être de nature anxieuse, psychotique ou thymique. Il peut également s'agir d'une plainte cognitive. Les facteurs de stress à prendre en considération appartiennent à plusieurs catégories. Parmi eux figurent au premier plan les difficultés financières, la précarité du logement, l'insécurité, l'isolement social, l'impossibilité d'accéder à des espaces verts, l'absence d'accès à la culture et toutes les formes de discrimination. La qualité de la santé mentale dépend en effet de facteurs tels que l'emploi, le logement, la cohésion sociale. Une éventuelle précarité augmente leurs conséquences.

L'offre de première ligne en santé mentale n'est pas structurée [19]. La population connaît mal les professions et les outils de soin du domaine de la santé mentale. Elle a de ce fait tendance à recourir de manière excessive aux services d'urgence. Le déploiement des premiers secours en santé mentale (PSSM) est actuellement à l'œuvre. Tous les acteurs de première ligne recevant des publics vulnérables (acteurs intervenant dans les centres médico-sociaux, dans les CCAS et dans les associations) ne sont pas encore formés. Les médecins généralistes et les professionnels de la santé scolaire ne sont pas tous en mesure de prendre en charge les troubles psychiatriques les plus courants.

Le repérage, la prise de conscience et l'accès aux soins dans le domaine de la santé mentale dépendent des représentations que la population a de la santé mentale. Plutôt que comme une dimension de la santé qu'il faut préserver, la santé mentale n'est encore souvent considérée qu'à travers ses altérations et volontiers stigmatisée [17].

³¹ Ministère de la Santé publique et de la population, 1960

Cette stigmatisation a pour conséquence de véhiculer une représentation négative de toutes les questions ayant trait à la santé mentale. Celle-ci est volontiers associée à la folie, à la dangerosité et à la violence. L'appropriation des stéréotypes sociaux par les personnes qui sont concernées par les troubles conduit à une autostigmatisation, qui favorise également un mauvais accès aux soins.

Une prévention efficace dans le domaine de la santé mentale ne peut faire l'économie d'une prise en compte de cet obstacle. Malgré lui elle doit mettre en perspective la conjonction d'éventuels facteurs de stress et de manifestations prémorbides, grâce à une exploration rigoureuse. Cette exploration peut recourir à des autoquestionnaires explorant les principales dimensions de la santé mentale et permettant le dépistage d'une souffrance psychologique. Parmi les échelles psychométriques pertinentes figurent la *Warwick-Edinburgh Well-Being Scale* (WEMWBS) [73] explorant le bien-être mental, la *Hospital Anxiety and Depression scale* (HAD) [74] explorant l'anxiété et la dépression, et l'échelle de Rosenberg explorant l'estime de soi. Il est intéressant de rechercher également une consommation de produit, souvent associée avec le questionnaire *Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener* (Mayfield et al, 1974 [75] ; version française : Diminuer, Entourage, Trop, Alcool : CAGE-DETA) pour l'alcool et le *Cannabis abuse screening test* (CAST) [76] pour le cannabis. Ces échelles, pouvant être remplies en quelques minutes par les intéressés, sont proposées en amont de la première consultation au CAdEO du pôle Centre rive gauche [50], dont il va être question plus loin.

En pratique :

20-25 ans : dépister les troubles psychiques fréquents avec la recherche de symptômes psychiatriques anxieux ou dépressifs et les troubles psychiques sévères avec la recherche de manifestations évocatrices d'états mentaux à risque (précédant la schizophrénie et les troubles bipolaires) telles qu'une altération du vécu.

Il est recommandé de proposer à tous ces auto-questionnaires explorant les principales dimensions de la santé mentale et permettant le dépistage d'une souffrance psychologique :

- La WEMWBS [73] explorant le bien-être mental ;
- La HAD [74] explorant l'anxiété et la dépression ;
- L'échelle de Rosenberg explorant l'estime de soi ;
- Le questionnaire CAGE [75] (Mayfield et al, 1974 ; version française (CAGE-DETA) et le CAST, comprenant 4 questions pour l'alcool et 6 pour le cannabis [76] destinés à dépister une consommation de produits.

Ces échelles, peuvent être remplies en quelques minutes par les intéressés (10 à 15 mn),

Des manifestations anxieuses ou dépressives de faible intensité relèvent de conseils d'hygiène de vie, de mesures d'auto soin ou d'entraide (s'appuyer sur ses proches) et de la réduction des facteurs de stress.

Des manifestations de forte intensité ou accompagné d'une gêne fonctionnelle relève d'un professionnel de santé mentale. Face à un risque suicidaire il faut avoir recours à l'échelle Risque Dangerosité Urgence (RUD).

60 ans et 70 ans. Rechercher les prémices d'un syndrome neurodégénératif, si plaintes ou signes d'appel cognitifs (troubles de mémoire), orienter les personnes pour effectuer un dépistage par l'échelle *Mini-Mental State* (MMS) (trente questions), puis, le cas échéant, pour une évaluation approfondie dans une consultation mémoire

DESCRIPTION D'UN MODELE DE STRUCTURE DEDIEE A L'ACCUEIL, L'EVALUATION et L'ORIENTATION en santé mentale

Il pourrait être pertinent de créer sur chaque territoire une structure jouant le rôle de plateforme d'orientation, en s'inspirant de l'expérience CAdEO, permettant de proposer des réponses

parfaitement ajustées aux besoins de ceux qui viennent y consulter grâce à sa connaissance du réseau sur leur territoire d'implantation. À la sortie du premier CAdEO, qui a été créé à Lyon Part-Dieu au printemps 2020 (territoire de santé couvert : 3^{ème}, 6^{ème} et 8^{ème} arrondissements de Lyon, soit au total environ 250 000 habitants ; délai de rendez-vous de moins d'une semaine en 2022, avec possibilité d'une consultation en semi-urgence si besoin), moins d'un consultant sur quatre est orientée vers le secteur de psychiatrie générale (le centre médico-psychologique (CMP) ou l'une des équipes mobiles la plupart du temps, rarement une unité d'hospitalisation). Les autres sont orientées, soit vers un psychiatre ou un psychologue libéral, soit vers une structure médico-sociale - dont les dispositifs de lutte contre les addictions - ou sociale.

Le CAdEO est le point d'entrée dans tous les dispositifs de santé mentale d'un territoire de santé [50,77]. Il s'articule étroitement avec le ou les CMP du territoire en question. Le CAdEO a pour mission de recevoir chaque personne qui le demande dans un délai de quelques jours dans le cadre d'une consultation réalisée par un psychiatre. Elle permet aux personnes de faire le point sur leur situation et leurs besoins et d'être orientées en fonction. À l'issue, environ 70% des personnes reçues iront vers le secteur libéral, les associations ou des structures spécialisées ; les 30 % restants seront suivies sur le secteur, principalement sur le ou les CMP. Une grande attention est apportée à la collaboration avec les psychiatres libéraux et les médecins généralistes, nombreux sur le territoire. Le CAdEO a démontré toute sa pertinence et son efficacité en matière d'accès aux soins, permettant de prendre en charge très tôt des personnes présentant des états mentaux à risque ou des troubles constitués [19,50].

Rattaché au secteur de psychiatrie générale, le CAdEO permet à toute personne ayant une demande dans le domaine de la santé mentale d'accéder en quelques jours à une consultation psychiatrique. Il n'a pas vocation à être une portée d'entrée du CMP, mais de privilégier les orientations des personnes accueillies vers des professionnels libéraux du champ de la psychiatrie ou de la psychologie, ou vers les structures médico-sociales ou sociales. Sa connaissance du réseau et la possibilité de s'appuyer sur son équipe pluridisciplinaire (comprenant psychiatre, psychologue et infirmier) optimise ces orientations. Le CAdEO permet de repérer et de prendre en charge précocement les personnes présentant des états mentaux à risque ou des troubles constitués. Les liens entre le CAdEO et les médecins généralistes du territoire de santé permettent des relais précoces face aux troubles peu sévères. À l'inverse les médecins généralistes sollicitent des avis diagnostiques et thérapeutiques auprès du CAdEO.

La littératie en santé

Ce sujet est l'objet d'un courant dense d'études et recherches ces toutes dernières années même si la notion n'est pas nouvelle puisqu'elle date des années 1970. Ce regain d'intérêt est probablement lié à la faible évolution de la littératie en santé des populations depuis 50 ans malgré une multiplication des moyens de communication et une volonté d'améliorer la communication entre les patients, les médecins et les soignants. Le niveau de littératie en santé est considéré comme le meilleur prédicteur de l'état de santé d'une personne [78]. La faible évolution constatée de la littératie en santé doit être considérée pour concevoir des politiques de promotion et prévention de la santé efficace.

Dans cette note nous resituons la littératie en santé par rapport à celle générale dans la mesure où la première ne peut pas être dissociée de la deuxième (point 1.1.), nous discutons rapidement les outils de mesure de la littératie en santé (point 1.2) puis présentons les principaux points sur les conséquences et les impacts de la littératie sur la promotion et la prévention santé (points 2.) en accordant quelques lignes à la place des professionnels de santé.

Un nouvel intérêt pour la littératie en santé

Littératie générale et littératie en santé

De récentes recherches internationales ont démontré que, dans le monde entier, plus d'un tiers de la population a du mal à trouver, comprendre, évaluer et appliquer des informations nécessaires

pour prendre des décisions touchant à la santé [79]. Pour Sørensen et al. [80], s'appuyant sur une revue analytique des définitions existantes, la littératie en santé implique « la connaissance, les compétences, la motivation et la capacité d'un individu à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations sur la santé lors de la prise de décisions dans les contextes des soins de santé, de la prévention des maladies et de la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer la qualité de la vie au cours de la vie ». Cette définition englobe donc à la fois les perspectives médicales et de santé publique. Elle inclut les connaissances et les compétences nécessaires pour répondre aux exigences complexes d'une société moderne selon que l'on est malade, que l'on risque de le devenir ou que l'on fait le nécessaire pour rester en bonne santé [81].

En France on ne dispose pas de données et d'études générales sur le niveau de littératie en santé de la population comme le souligne le rapport de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) de 2018 [82]. En revanche, les données concernant la littératie générale de la population française, bien que datant d'une dizaine d'années, indiquent que la France se classe dans les derniers pays de l'OCDE concernant le niveau de littératie. Ce faible niveau de littératie générale (cf. encadré) a des conséquences directes sur la littératie en santé. Des individus disposant d'une faible littératie générale ne peuvent pas développer une bonne littératie en santé.

Les conséquences d'une faible littératie en santé ont été largement soulignées. De nombreuses études attestent que le faible niveau de littératie en santé d'une population est lié à une mortalité plus importante et à des coûts de santé accrus (cf. infra). Développer la littératie en santé est donc un enjeu majeur de santé publique.

Origine et définition générale de la littératie générale

La littératie est un concept complexe il renvoie aux compétences des individus à comprendre une information et l'utiliser. En France, c'est plutôt les termes d'alphabétisation et illettrisme qui ont été initialement utilisés, ce n'est que récemment que le terme de littératie emprunté aux pays nord-américains (États-Unis et Canada principalement) a fait son apparition en français. Dès les années 1990, les pays nord-américains se sont penchés sur le problème de la littératie et son impact sur la société. Les termes de literacy et literacie sont été utilisés initialement pour qualifier le niveau d'alphabétisation de la population et sa définition était restreinte aux compétences techniques de lecture et d'écriture. La définition a évolué au cours du temps, la littératie n'étant plus simplement limitée à une compétence technique mais intégrant aussi des compétences cognitives (compréhension et apprentissage) et socioprofessionnelles (communication dans la société, aptitude à gérer sa santé ou encore productivité professionnelle). L'OCDE la définit comme « la capacité à comprendre et à utiliser l'information contenue dans des textes écrits dans divers contextes pour atteindre des objectifs et pour développer des connaissances et des aptitudes. Il s'agit d'une exigence de base pour développer des compétences de plus haut niveau et pour atteindre des résultats positifs en termes économiques et sociaux. » (OCDE). Ainsi, la notion de littératie est déclinée autour de multiples domaines : littératie politique, littératie scolaire ... et littératie en santé.

L'OCDE définit 5 niveaux de littératie à partir d'une mesure sur 500 points.

Niveau 1 : Compétences très faibles.

Niveau 2 : Lecture de textes simples, explicites, correspondant à des tâches peu complexes.

Niveau 3 : Minimum convenable pour composer avec les exigences de la vie quotidienne et du travail dans une société complexe et évoluée.

Niveaux 4 et 5 : Compétences supérieures. À ces niveaux, une personne peut traiter de l'information complexe et exigeante.

La littératie est bien sur évolutive et se mesure sur un continuum entre l'analphabétisme basique (l'incapacité de lire-écrire) et la haute compétence dans les domaines de lecture et de compréhension.

Les résultats d'une première étude réalisée dans le cadre du programme de l'évaluation internationale des compétences des adultes (PEICA), publiée en 2013 seulement 7,7% des adultes avaient un niveau de littératie de 4-5 (contre 11,8% en moyen pour les pays représentés dans cette étude) et 21,6% des français avait un niveau inférieur ou égal à 1 (contre une moyenne de 15,5% pour les autres participants). Ainsi, la France se classe dans les derniers pays de l'OCDE concernant le niveau de littératie (tout comme les États-Unis), avec presque 60% de la population sous le niveau 3. Ce qui signifie qu'un français sur cinq n'aurait pas les compétences pour lire et comprendre des informations écrites simples. Une donnée à prendre en considération dans le cadre de la mise en place d'action de promotion et de prévention de la santé. L'étude montrait un effet d'âge marqué les adultes de plus de 55 ans avaient un niveau de littératie moins élevé que celui des jeunes adultes de 25 à 34 ans, ainsi qu'un effet « milieu socioéconomique ». L'étude ne montrait pas de différence significative selon le sexe.

Un prérequis : évaluer la littératie en santé

Les définitions données de la littératie en santé (OMS 1998 ; Association canadienne de Santé publique, etc.) mettent en évidence des grands types de capacités à développer chez les individus : des capacités cognitives et des capacités comportementales [83] (Kickbush *et al.*, 2013 ; Nutbeam et Musca, 2021). L'évolution définitionnelle marque une inclusion de plus en plus large de compétences. Dans notre société marquée par une très forte densité informationnelle, la littératie en santé exige de disposer d'une capacité à évaluer de manière critique des informations et de moyens pour pouvoir interagir et exprimer des besoins personnels et sociaux en vue de préserver sa santé. En 2000, Nutbeam [84] propose une classification (très largement utilisée) des compétences et des capacités autour de trois dimensions intégrant les capacités cognitives et comportementales :

- La littératie en santé fonctionnelle : compétences de base en lecture et écriture, permettant d'utiliser les supports de santé (comme lire une prescription, une notice de médicament, prendre un rendez-vous ou s'orienter dans un hôpital).
- La littératie en santé communicative : compétences cognitives et en littératie plus avancées, permettant de participer activement à sa santé, de savoir extraire des informations et leurs différentes significations applicables de diverses sources et d'utiliser ces nouvelles informations dans des contextes variables.
- La littératie en santé critique : capacités cognitives avancées qui, associées à des compétences sociales, permettent d'évaluer de façon critique la qualité des informations et d'utiliser ces informations pour exercer un meilleur contrôle sur la santé.

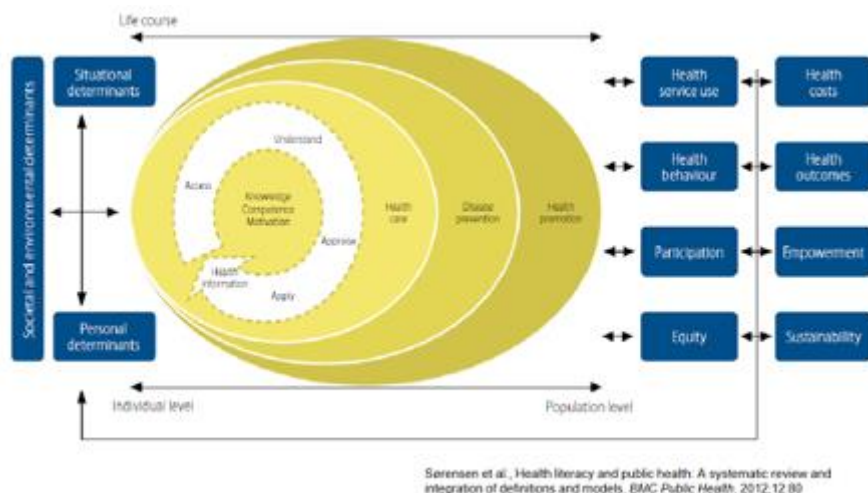
La littératie en santé recouvre donc la faculté de l'individu à comprendre les conseils et les prescriptions de santé, à rechercher des informations médicales, à poser des questions et se poser des questions, à interagir avec le système de soins pour agir sur sa santé et finalement à transformer son attitude et son comportement. C'est sur ces bases qu'ont été établis des outils de mesure de la littératie. Ils sont nombreux. Le *Health Literacy Tool Shed* qui constitue un répertoire d'instruments de mesure de la littératie en santé contient plus de 200 outils documentés sous la forme de tests, de questionnaires et d'échelles d'observation pour des populations spécifiques. L'évaluation du niveau de littératie en santé se fait à partir de différents tests, parmi les plus courants le test REALM (*Rapid Estimation of Adult Literacy in Medicine*) basé sur la lecture de termes médicaux, le test TOFHLA (*Test of Functional Health Literacy in Adults*) fondé sur la lecture d'un texte et sa compréhension, le test NVS (*Newest Vital Sign*) lui aussi un test de lecture et compréhension. Sur la base du modèle de Sørensen *et al.*, (2012) un questionnaire de 47 questions a été mis au point pour la *European Health Literacy Survey* (HLS-EU) mais notons, comme écrit précédemment dans cette note, que le rapport de l'OCDE [82] mentionne l'absence de mesures et de données générales sur la littératie en santé en France³².

L'évolution des recherches sur la littératie en santé montre que si les premières recherches s'intéressaient surtout aux compétences des patients pour comprendre les professionnels de la

³² Page 23.

santé, celles plus récentes s'attardent sur l'adéquation entre les compétences des individus et les exigences du système de soins en matière d'informations. Pour certains, cela marque le passage d'un modèle de « déficit » individuel à un modèle systémique dans la mesure où le déficit de compétences en santé est considéré comme étant déterminé par des caractéristiques individuelles mais aussi par la manière dont le système de santé est organisé et dont les informations sur la santé sont fournies et communiquées. Ainsi, pour ce qui nous concerne, la mise en place de rendez-vous de prévention santé (20, 40 et 60 ans) exige d'accorder une attention aux publics cibles et aux modalités de communication des informations et de réalisation de ces rendez-vous prévention.

Sur la base d'une revue de littérature Sørensen *et al.* en 2012 [80] proposent le modèle littératie en santé et santé publique ci-après.



Les conséquences et les impacts de la littératie sur la promotion et la prévention santé

Les études sur la littératie en santé montrent que :

Pour les personnes malades, une faible littératie en santé se traduit par une compréhension limitée de la maladie, un moins bon respect de la thérapie, une prise en charge moins adéquate de sa propre santé et de moins bons résultats des traitements.

Pour les personnes non malades, de plus en plus d'études ont prouvé, ces dernières années, que la faible littératie en santé se traduisait par des comportements moins favorables à une bonne santé, par une plus faible participation aux dépistages (cf. l'étude de Durand *et al.*, 2021 sur le dépistage du cancer colorectal en France [85]) et aux vaccinations et par un moindre recours aux autres services préventifs [81,86], à une charge de morbidité plus élevée, à un moins bon état de santé général et une moindre utilisation des ressources de santé [87-91] (Berkman *et al.*, 2004 ; Dewalt *et al.*, 2004 ; Berkman *et al.*, 2011, Berkman *et al.*, 2012 ; Bennett *et al.*, 2009) ainsi qu'à une mortalité plus élevée [92]. Ainsi en dehors des contextes médicaux, elle est de plus en plus appliquée dans les soins préventifs et la promotion de la santé [84,93] afin de réduire, entre autres choses, les inégalités de santé. Par exemple, dans le contexte de la prévention du cancer, s'appuyer sur la littératie en santé peut aider les patients à comprendre le dépistage du cancer, peut permettre d'accroître les connaissances et le recours au dépistage, limiter les inégalités sociales en matière de dépistage et les inégalités potentielles en matière de survie [89,94].

Dans un autre registre, des recherches s'intéressent aux freins cognitifs (incompréhension du langage utilisé tant oral qu'écrit) [95-97] et à la difficulté à mémoriser les informations transmises durant la consultation [98]. La faible littératie se traduit par des comportements d'évitement des consultations par les patients [99], ou de la conversation pendant la consultation [96], une moindre participation aux décisions [100] et des difficultés pour les patients à poser des questions [101].

Par ailleurs le stress ou l'anxiété voire la honte qu'éprouve le patient à l'idée de révéler son incompréhension de l'information délivrée est aussi un facteur à considérer [96].

De manière synthétique, les études démontrent que les personnes ayant un faible niveau de littératie en santé sont moins susceptibles d'adopter des comportements favorables à la santé, de participer à des programmes de dépistage et d'utiliser les services de prévention. Finalement des récentes recherches semblent montrer peu d'évolution et confirmer les résultats de la revue de littérature de Kickbusch et al. [83] en 2013, qui mettent en évidence que le faible niveau de littératie impacte négativement :

- la participation à la promotion et la prévention en santé
- la gestion des risques en santé (comme un taux de tabagisme plus important)
- le nombre d'accidents de travail
- la gestion des maladies chroniques (notamment le diabète, le VIH, l'asthme)
- la prise des médicaments et la compliance thérapeutique
- le nombre d'hospitalisations et de ré-hospitalisations
- la morbidité et le nombre de décès prématurés

Même, si le nombre d'études sur la littératie s'accroît, certains champs mettant en perspective la santé publique et la littératie en santé restent encore à couvrir tels que par exemple le lien entre la littératie en santé et la consommation de produits stupéfiants illicites, le recours aux services des urgences, l'acceptation de téléconsultations (recoupant la question de la littératie digitale) ou encore la littératie et le type de parcours de prise en charge.

La question des professionnels de santé

Par ailleurs, des études se sont intéressées à la place des professionnels de santé. Une étude de Durand et al. (2021) [85] met en évidence la nécessité de former de manière simultanément les professionnels de santé dont les médecins généralistes à la littératie en santé et au dépistage du cancer pour d'une part accroître le taux de dépistage et d'autre part améliorer les connaissances et l'activation des patients, leur intention de dépistage, réduire les conflits décisionnels et accroître la proportion de participants réalisant une coloscopie après un test de dépistage positif.

Une revue de littérature réalisée dans le cadre d'un travail doctoral de Sabrina Douteau en 2015 [102] et portant sur l'impact de la littératie sur la relation médecin/patient met en évidence : une importante surestimation par les professionnels de santé du niveau de littératie de leurs patients, une surestimation de la capacité de compréhension des patients, sur surestimation de l'état de santé perçu des patients en réalité bien plus faible qu'il n'est perçu par les professionnels de santé. Cette revue de littérature montrait que le faible niveau de littératie perçu par le professionnel de santé se traduisait par un moindre partage des décisions concernant l'état de santé, une plus faible délivrance d'informations médicales par les professionnels. Le niveau de langage employé par les professionnels de santé est globalement estimé trop élevé par les patients, de même le temps accordé par les professionnels (en raison de contraintes temporelles et de la pression de la demande) aux patients à faible littératie est jugé trop faible par les patients. Cette donnée en santé constitue une difficulté importante compte tenu des contraintes qui pèsent sur les ressources médicales.

Dans les études, le rôle des professionnels de santé dans cette entreprise reste peu documenté, de même que celui des professionnels du soin et du secteur médicosocial et social. Cependant quelques résultats montrent que la famille et les amis agissent comme des médiateurs de littératie en santé partageant leurs connaissances, leurs compétences d'accès à l'information, leur interprétation et analyse de l'information. Si dans certains cas les professionnels de santé (pharmaciens, infirmiers, médecins généralistes) peuvent être des facilitateurs, d'autres apparaissent comme des « barrières » (médecins généralistes) pouvant décourager les individus à développer et pratiquer leur littératie en santé [103].

En conclusion

Ce concept a pris un sens plus large au fil du temps qui va bien au-delà de la communication et de l'éducation. Selon une définition récente et souvent utilisée, la « littératie en santé comprend la connaissance, la motivation et la capacité de personnes permettant d'avoir accès à des informations sur la santé, de les comprendre, de les évaluer et de les appliquer en vue de prendre des décisions touchant aux soins de santé, à la prévention de maladies et à la promotion de la santé ainsi que de conserver ou d'améliorer la qualité de vie » [104].

La littératie en santé constitue clairement un élément pouvant contribuer à l'amenuisement des facteurs de risque pour la santé grâce à une meilleure compréhension des déterminants de sa santé (pour chacun) mais aussi une capacité à utiliser la connaissance pour naviguer dans le système de santé. La notion rejoint là celle d'*empowerment*. Si certaines catégories de population disposent d'une littératie probablement plus faible que d'autres (mais le manque d'études ne permet pas de l'affirmer), il convient d'accroître la littératie en santé (et littératie en général) de l'ensemble de la population française pour parvenir à développer et accompagner des comportements bénéfiques pour la santé.

Edwards *et al.* [103] proposent un modèle du parcours de littératie en santé (*The Health Literacy Pathway Model*) pour les individus cibles autour de 5 étapes :

- 1° construire une connaissance sur la santé en générale avec les professionnels de santé et de l'éducation ;
- 2° développer les compétences et les pratiques de littératie en santé (compétences d'écoute, de verbalisation, de résolution de problème, de décision, d'autogestion et de compréhension des informations) ;
- 3° s'engager dans sa santé (demander un traitement, recourir à un service de santé, contribuer à la consultation en apportant de l'information) ;
- 4° produire des options de traitement selon ses désirs en vue de
- 5° prendre une décision éclairée.

En s'appuyant sur ce modèle, la mise en place de rendez-vous prévention santé implique de construire préalablement une connaissance sur la santé afin que l'individu puisse s'engager dans sa santé et prendre des décisions éclairées en matière de comportements de santé. Une étape préalable au rendez-vous prévention santé pourrait être d'évaluer le niveau de littératie en santé (questionnaire) afin d'adapter le format et contenu du rendez-vous et identifier la ressource à mobiliser. Finalement la littératie s'appuie sur un bagage de connaissances mobilisable face à une préoccupation de santé qu'un rendez-vous prévention peut permettre de dégager.

Entretien motivationnel

La saisine indique l'entretien motivationnel comme **outil potentiel à utiliser dans le cadre de l'entretien individuel d'un rendez-vous de prévention**. Après avoir défini et présenté les objectifs et méthodes de l'entretien motivationnel dans le champ de l'adoption de comportements favorables à la santé ou de la modification des comportements défavorables à la santé et au bien-être, des publications traitant de son utilisation dans différentes maladies et programmes de santé publique au niveau international ainsi la présentation des expériences menées dans le système de santé français et évoqués dans le cadre des auditions, seront décrites. Ensuite, la pertinence de leur utilisation dans le cadre de la mise en place des rendez-vous de prévention sera discutée. En effet, la mise en œuvre de rendez-vous de prévention suppose la prise en considération des déterminants de la santé, qui sont les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui participent simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie et non l'utilisation d'un outil qui aurait une vocation universelle pour favoriser l'accès à la prévention.

1) Définition et bref historique de l'entretien motivationnel

L'EM est une approche visant à explorer et résoudre l'ambivalence des personnes face à une modification d'un comportement défavorable pour leur santé et leur bien-être. Les auteurs de référence de cette approche sont deux psychologues, William Miller³³ et Stephen Rollnick³⁴. W Miller a d'abord travaillé dans le champ des addictions. Ses premiers travaux, dans les années 1980, ont porté sur la prise en charge du trouble de l'usage de l'alcool, identifiant le fait que le niveau d'empathie des professionnels pouvait influencer les résultats de la prise en charge. Une attitude empathique favorisait une meilleure évolution du trouble à la différence d'une attitude de confrontation. C'est en 1983 que le terme d'Entretien Motivationnel est apparu une première fois dans un article [105] soulignant la nécessité d'adapter le style relationnel des professionnels pour susciter un changement de comportement. Ce style relationnel s'appuie sur les travaux de Carl Rogers, psychologue américain à l'origine de la thérapie centrée sur la personne qui est basée sur un accueil inconditionnel, une authenticité et une empathie [106].

2) Objectif de l'EM

L'EM vise à mettre en évidence l'ambivalence de la personne vis-à-vis du changement de comportement ou d'environnement et à favoriser l'autonomie de la personne, sa liberté et sa responsabilité dans le changement, en l'aidant à produire ses propres arguments en faveur de ce changement de façon à modifier le comportement ou l'environnement défavorables à sa santé. En effet, dans les Pensées de Blaise Pascal, en 1671, ce concept figurait déjà : « On se persuade mieux par les raisons qu'on a soi-même trouvées, que par celles qui sont venues de l'esprit des autres ».

3) Méthodes de l'EM

Elles s'appuient sur des principes qui conditionnent son efficacité : adopter une posture empathique qui se caractérise par une posture attentive et bienveillante qui permet de favoriser le dialogue ; faire émerger les dissonances entre le comportement de santé de la personne et ses valeurs ; favoriser la diminution de la résistance au changement et augmenter le sentiment d'efficacité personnelle.

Pour garantir ces principes, des techniques sont mobilisées en utilisant un style relationnel qui s'appuie sur l'empathie, sans persuasion directe, sans confrontation et sans jugement de valeur. Il repose sur :

- l'utilisation de questions ouvertes (où en êtes-vous par rapport à votre consommation de tabac ?) ;
- la valorisation avec des commentaires positifs sur les modifications de comportements de santé qui sont survenues (par exemple, les réussites antérieures d'arrêt du tabac, la réduction de la consommation d'alcool...);
- l'écoute réflexive, en reprenant un mot, une expression ou une phrase en la reformulant ou en cherchant à reformuler les émotions que la personne décrit, en les amplifiant, en prolongeant l'idée qu'elle développe ;
- le résumé des propos tenus par la personne (Si j'ai bien compris...) de façon à valoriser ce qui a pu être dit sur le comportement et à permettre à la personne de proposer des solutions
- et enfin, l'information et le conseil dans le cadre d'un partenariat entre la personne et l'intervenant.

L'interlocuteur de la personne est un facilitateur afin d'identifier les valeurs et les objectifs de la personne qu'il a face à lui. C'est à cette personne d'explorer et de résoudre l'ambivalence face à un changement de comportement (le pour et le contre). L'intervenant se positionne en tant que soutien de l'efficacité personnelle de la personne et non en tant qu'expert. Plus la personne s'exprimera et plus la probabilité qu'il soit acteur de sa santé augmentera.

³³ <https://williamrmiller.net/about/>

³⁴ <https://www.stephenrollnick.com/>

4) Intérêt et limites de l'EM

L'approche par EM est consommatrice de temps et nécessite un apprentissage et une pratique. La formation à l'EM peut être dispensée en formation initiale (cursus de psychologie, de psychiatrie) et en formation continue³⁵.

En conclusion, l'EM présente un intérêt pour l'*empowerment* des personnes dans le cadre de la prévention et de la promotion de la santé. Il ne pourra être mobilisé que si son enseignement et sa pratique se diffusaient rapidement. En effet, les compétences nécessaires à la pratique de l'entretien motivationnel doivent faire l'objet de formation théorique, de jeux de rôle et d'une supervision de la pratique afin d'acquérir et maintenir des compétences.

L'EM peut compléter ou s'intégrer dans d'autres méthodes et outils, visant à modifier les comportements en faveur de comportements favorables à la santé et au bien-être.

5) Autres approches visant à aider les personnes à adopter des comportements favorables à leur santé

Il s'agit d'approches recommandées en premier recours ou de méthodes s'inspirant des thérapies cognitivo-comportementales réalisables en routine quotidienne voire d'outils opérationnels permettant une prise en charge ou une orientation dans un temps inférieur à trois minutes.

- Repérage précoce et intervention brève

Cet outil est recommandé par la HAS dans le cadre de la prévention des conduites addictives pour les addictions les plus fréquentes : alcool, tabac et cannabis³⁶.

- Techniques de changement de comportement

Leur utilisation s'inscrit dans une approche pragmatique³⁷ [107,108] Ces techniques sont utilisées en recherche et pratique clinique pour la prise en charge des addictions ou la nutrition dans le cadre d'un vieillissement en bonne santé [109]. Elles ont été utilisées dans le cadre de la mise en place de l'application de l'aide au sevrage tabagique de Santé publique France³⁸ [110].

La mise en place de programmes de modification de comportement utilisant les techniques de changement de comportement nécessite un travail préliminaire d'identification des techniques à utiliser en lien avec les spécialistes d'un thème de santé donné, des personnes concernées par un comportement défavorable à la santé et une formation d'acteurs en prévention ou de « médiateurs en santé » qui peuvent mettre en œuvre ces programmes.

- Conseils très brefs

De nouvelles modalités apparaissent pour prendre en charge les risques. En s'appuyant sur des questions ouvertes (comme dans un EM), il s'agit de proposer, soit une aide immédiate soit des coordonnées où la personne pourra trouver cette aide. Mais ce type d'intervention nécessite une organisation afin de former, rédiger avec les acteurs locaux des contenus adéquats pour les personnes qui en ont besoin.

³⁵ <https://afdem.org>

³⁶ Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Mise à jour en janvier 2021. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte).

³⁷ Online Tools for Behaviour Change. Centre for Behaviour Change University College London.

<https://www.ucl.ac.uk/behaviour-change/resources/online-tools-behaviour-change>

³⁸ www.tabac-info-service

Quelques exemples d'utilisation de l'EM dans les maladies chroniques et la prévention et promotion de la santé

L'entretien motivationnel a été utilisé pour la prise en charge de nombreuses maladies chroniques afin de favoriser en particulier l'observance médicamenteuse, l'activité physique, la diététique, l'arrêt du tabac et la réduction ou l'arrêt de la consommation d'alcool. En outre, différentes pathologies chroniques ont fait l'objet d'études sur l'efficacité de l'EM pour l'engagement des patients dans la prise en charge de leur pathologie : routines de prise en charge des traitements médicamenteux, appropriation des symptômes de la maladie (écoute du corps, surveillance, reconnaissance, interprétation et identification des symptômes) et réaction à avoir devant la survenue de ces symptômes.

1) L'EM dans la prise en charge des pathologies chroniques

Des exemples sont donnés à titre indicatif, l'objectif n'étant pas de faire la revue de la littérature sur l'utilisation et l'efficacité de l'EM.

Un certain nombre d'études l'ont étudié ou promu dans le cadre de la prise en charge du diabète par exemple dans le cadre de la promotion de l'activité physique [111] pour favoriser le contrôle métabolique et les indicateurs psychologiques [112] ou encore pour contrôler la pression artérielle et la compliance au traitement [113].

L'EM a aussi été utilisée pour la prévention des décompensations de l'insuffisance cardiaque [114], de l'observance médicamenteuse dans l'asthme [115], chez les personnes traitées par trithérapie dans le cadre de l'infection au VIH [116].

En ce qui concerne le niveau de preuve, une revue systématique des essais randomisés utilisant l'EM dans le cadre de l'observance médicamenteuse chez l'adulte a été publiée en 2022 avec un niveau de preuve croissant de son efficacité dans des champs cliniques variés : maladies infectieuses, cardiologie, psychiatrie et endocrinologie [117].

2) L'EM dans le cadre de la prévention et la promotion de la santé

Des études se sont intéressées à l'efficacité de l'EM :

- dans la prévention bucco-dentaire (fréquence du lavage des dents, réduction du grignotage et survenue de caries dentaires [118].
- dans le cadre de l'hésitation vaccinale chez les nourrissons et enfants de 0 à 6 ans dans une étude avant-après : les refus de vaccination pour les enfants de 0 à 6 ans passaient de 31.5 % à 17.6% après l'utilisation de l'EM ($p < 0.01$). [119]
- dans le cadre de la prévention des infections sexuellement transmissibles chez des jeunes femmes à risque [120], avec une réduction de risque significative de contamination par chlamydia trachomatis à 6 mois dans le groupe ayant bénéficié d'un EM par rapport au groupe contrôle (OR ajusté= 0,38 (IC 95% = 0.158, 0.909) .
- dans le cadre de la vaccination des adolescents contre le papillomavirus [121], avec une efficacité des interventions proposées, EM et documents d'information sur l'initiation vaccinale (aOR, 1.46; 95% CI, 1.31-1.62) et sur la réalisation de la vaccination complète (aOR, 1.56; 95% CI, 1.27-1.92) par rapport aux contrôles chez des jeunes de 11-17 ans.
- dans le cadre de la prise en charge des addictions [122] montrant notamment une efficacité dans la prise en charge des troubles de l'usage de l'alcool, du tabac et du jeu pathologique, seul ou associé à des traitements validés.
- pour d'autres domaines (contrôle pondéral chez les adolescents chez les adultes et pour l'activité physique, l'alcool), les résultats sont plus mitigés [123-125].

L'ensemble de ces travaux montre l'intérêt de l'EM dans la modification des comportements défavorables à la santé et la promotion des comportements favorables à la santé.

Conclusion

La modification des comportements en santé peut reposer sur un ensemble de méthodes et outils : l'entretien motivationnel, les thérapies cognitivo-comportementales, les techniques de changement comportemental, les interventions brèves et des conseils très brefs. L'EM a fait la preuve de son efficacité dans un certain nombre d'interventions et peut permettre l'accès à la promotion de la santé de personnes dans le cadre d'un changement de modèle de prise en charge de la santé des personnes, en développant l'enseignement et la mise en œuvre du modèle bio-psycho-social dans le système de santé.

ANNEXE 5 - Avis du HCSP relatif à la sédentarité et à l'activité physique

HCSP 19 avril 2022

Le HCSP a élaboré un avis le 22 avril 2022 sur la sédentarité et l'activité physique [126].

En voici des extraits

« Dans le cadre de la stratégie nationale sport santé présentée le 25 mars 2019, un appel à projets pour la création de **Maisons Sport-Santé (MSS)** a été initié. Ces structures ont pour objectif de développer et de favoriser la pratique de l'activité physique et sportive (APS) pour la santé, en particulier d'attirer les publics éloignés de celle-ci. Les MSS visent, au travers d'un programme sport-santé personnalisé sécurisé et délivré par des professionnels formés, à accompagner et à soutenir les personnes volontaires souhaitant maintenir ou améliorer leur santé par une pratique d'APS. Les MSS ont aussi pour objectif de déployer des actions d'information et de promotion auprès de la population et des milieux médical et paramédical pour les convaincre de l'utilité de l'APS et de ses bénéfices et les amener à sa pratique.

Face au constat qu'il est difficile d'articuler les parcours de soins et la pratique d'activités physiques et sportives avec des offres territoriales, la stratégie nationale sport santé propose plusieurs actions phares, dont :

- le déploiement de maisons sport santé sur l'ensemble du territoire national avec un objectif de 500 structures en 2022 ;
- la promotion et le développement de l'APS auprès des publics scolaires, des seniors et en milieu professionnel ;
- la prescription d'APA (activité physique adaptée) avec une recherche de modèle de financement ;
- le développement de l'offre d'APS et APA chez les personnes atteintes de maladie chronique.

Recommandations : Agir sur les déterminants individuels : accompagner les personnes pour qu'elles s'engagent dans une activité physique pérenne et limitent la sédentarité

Les recommandations diffèrent selon le rapport qu'entretient la personne vis-à-vis de l'activité physique :

1 Personne qui n'a pas ou n'a plus l'intention de pratiquer une activité physique

Il convient de l'amener vers un changement d'attitude, notamment en :

- l'informer des conséquences positives que l'activité physique peut avoir (*santé, bien-être psychologique et social, environnement*), et inversement, des conséquences néfastes de la sédentarité et de l'inactivité physique (*maladie, mal-être, stress*) ;
- cherchant à la convaincre de sa capacité à s'engager dans une activité physique régulière, ce qui peut être fait en changeant ses représentations (*activité physique ≠ sport*) ou en portant son attention sur la possibilité d'implanter une activité physique dans son quotidien sans avoir à bouleverser son planning (*par ex. dans ses déplacements quotidiens, ou sur son lieu de travail, ou en télétravail*) ;
- structurant son environnement quotidien de manière à ce que l'activité physique devienne une évidence relativement facile à adopter, sans même devoir y adhérer (mesures préventives « passives »).

2 Personne qui a pris la décision de s'engager dans une activité physique régulière

Il convient de jouer sur des leviers qui peuvent aider à surmonter les difficultés liées à l'initiation d'un nouveau comportement, qui peut demander un effort considérable, comme :

- choisir une activité qui ait du sens et dans laquelle la personne prendra du plaisir, par exemple en la pratiquant à une intensité confortable, en écoutant de la musique / des podcasts, en la pratiquant avec des amis ;
- établir des plans d'action et des objectifs concrets, à court terme (*je planifie où, quand, comment je vais faire de l'activité physique dans la semaine*), réalistes (*proches du niveau d'activité physique réel*), progressifs, et mesurables (*par ex. nombre de pas donné par une appli mobile*), afin que la personne puisse objectiver ses progrès de semaine en semaine ;
- déterminer les barrières qui peuvent empêcher l'initiation du comportement (*par ex. fatigue, mauvais temps, activité concurrente*) et sur la façon de les surmonter.

3 Personne qui cherche à maintenir sur le long terme une activité physique qu'elle a commencé à pratiquer

Il s'agit de faire de l'activité physique une habitude (c'est-à-dire une pratique qui sera réalisée automatiquement sans nécessiter d'effort mental pour être initiée). A cette fin il est préconisé de :

- répéter le comportement au même moment de la journée et le même jour chaque semaine, afin de l'automatiser ;
- instaurer des signaux qui incitent à initier le comportement, comme placer son sac de sport près de la porte d'entrée la veille, utiliser des notifications (post-it, téléphone) de rappel du comportement (activité physique ou rupture de sédentarité).

Les questions de l'accompagnement et des modifications du paysage sont donc centrales. En effet, une personne très éloignée de l'activité physique sera confrontée à trop de freins pour s'investir dans une pratique. Certaines personnes, du fait de leur culture ou de leur lieu de vie, ne bénéficient pas de bonnes conditions pour pratiquer une AP.

L'ensemble de ces recommandations centrées sur l'individu sont bien entendu à considérer en prenant en compte son environnement physique (par ex. accessibilité des installations sportives, aménagement urbain favorable aux piétons et aux cyclistes) et son environnement social (par ex. entourage social plus ou moins incitatif à une activité physique régulière).

Les actions sur les déterminants individuels ne seront efficaces que si l'environnement facilite le choix des changements de comportements. Cela est particulièrement vrai pour les populations défavorisées et les femmes, qui cumulent souvent les freins individuels et environnementaux sociaux et physiques en rapport avec l'activité physique et la sédentarité, et pour lesquelles l'effort nécessaire pour modifier les comportements peut être décuplé. Étant donné les leviers environnementaux concernant la pratique de l'activité physique, il s'agit de mobiliser bien au-delà de la sphère sanitaire au sens strict, dans un effort collectif transversal.

Exemple d'accompagnement de l'activité physique

(source Coordination inter ministérielle du développement vélo et marche)

En matière de mobilités, valoriser le nombre de pas quotidiens, l'évaluer via les smartphones. Il peut être proposé une approche via des applications proposant des récompenses, le développement d'une application ludique pour autoévaluer sa marche quotidienne mettant en avant le gain sanitaire obtenu pourrait être envisagé

Lors de l'entretien, **un bilan de l'activité physique** pourrait être dressé, prenant en compte la pratique sportive, les activités diverses (jardinage, bricolage...), mais aussi les pratiques de mobilité (nombre et durée des déplacements quotidiens à pied ou à vélo, proportion par rapport aux autres déplacements...). **En creux, l'évaluation de la sédentarité** de la personne pourrait être prise en compte (type d'activité principale, nombre d'heures moyennes passées devant un écran/assise...)

Ce bilan de type ratio actif/sédentaire pourrait déboucher sur une évaluation des solutions pour le rééquilibrer : recommander de faire ses courses du quotidien à pied le week-end, recommander de choisir les escaliers, promouvoir le trajet domicile travail à vélo ou à pied pour partie au moins quand c'est possible... **Les recommandations** pourraient être progressives, ne pas changer ses routines du tout au tout, favoriser l'aspect plaisir pour contrebalancer l'effet contrainte lié au changement (les jours où il fait beau, où on a le temps...), fixer des objectifs en termes de durée, d'intensité et de distance qui soient progressifs (5mn, puis 10...). Mettre l'accent sur la **dimension collective**, on se soutient à plusieurs, **orienter vers les associations de cyclistes, de randonnées locales**.

Les recommandations pourraient être assorties d'un moyen de suivi sous la forme d'une autoévaluation afin de maintenir la volonté sur la durée et éviter l'effet « bonne résolution » de rentrée en enregistrant son activité via un podomètre (smartphone) via le repère des 10 000 pas. Une forme de gamification sous la forme de suivi d'un parcours, proposer des auto-tests qui permettent d'évaluer ses progrès en termes de « gain de vie en bonne santé » (par exemple, j'ai marché 10 000 pas aujourd'hui mon espérance de vie en bonne santé a été augmentée de...). Les « récompenses » peuvent être modulées en fonction des personnes et des tranches d'âge, l'idée est **de maintenir l'intérêt sur la durée**. Autre moyen de maintenir la motivation, **proposer de réaliser des observations pendant son déplacement** (cartographier son territoire, noter ses sensations, fixer des routines avec d'autres personnes : on se retrouve à intervalle régulier à tel endroit...)

ANNEXE 6 - L'exemple RISQUE DE CHUTES ET DE PERTE DE MOBILITÉ

Rationnel :

Les projections démographiques de la population française entre 2020 et 2030 prévoient une augmentation de la tranche des 75 -84 ans, de 4,1 à 6,1 millions. Le nombre de seniors de plus de 60 ans, vivant à domicile et bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie progresse régulièrement, et on ne relève pas d'augmentation de l'espérance de vie sans incapacités. En 2018, la Drees comptabilisait 1,3 million de bénéficiaires de cette allocation, en hausse par rapport aux années précédentes. Ainsi pour 2050, les tendances prédisent un total de 4 millions de seniors en situation de perte d'autonomie (GIR compris entre 1 et 4), soit 16.4% des seniors âgés de 60 ans et plus, dont 4,3% de seniors très dépendants (GIR 1 et 2). Ces projections alertent donc sur la nécessité de mise en place de stratégies pour préserver l'indépendance fonctionnelle des seniors, c'est-à-dire d'accomplir les activités de la vie courante (marche, activités domestiques, courses...).

La préservation de la mobilité est une condition nécessaire au maintien de l'indépendance fonctionnelle, elle est aussi largement associée à la qualité de vie et possède une forte valeur pronostique sur la dépendance.

Mettre en œuvre dans la communauté, des parcours de prévention primaire et secondaire de la perte de mobilité ainsi que de la prévention des chutes, qui constituent également un problème majeur de santé publique, de par leur fréquence et leurs conséquences doit donc être une priorité.

INSERTION DANS LE DISPOSITIF RENDEZ-VOUS SANTÉ

La stratégie doit cibler les personnes à risque à partir de critères objectifs et reconnus, et intégrer un repérage, une évaluation et une prise en charge adaptée. Le repérage doit s'appuyer sur des critères simples et prédictifs de la perte de mobilité et/ou de la chute.

Le repérage peut être réalisé par les professionnels médicaux, paramédicaux, médico-sociaux, professionnels du sport impliqués en santé, aidants, ou par le senior lui-même. Une évaluation approfondie des capacités physiques et fonctionnelles est ensuite réalisée en fonction. Cette évaluation doit être complétée par un examen médical clinique complet dans le but d'écarter, entre autres, une pathologie sous-jacente pouvant être à l'origine d'une altération des performances (troubles neurosensoriels, moteurs, articulaires ...) et d'une contre-indication à la pratique d'AP. Ces 2 étapes sont le préalable à une prise en charge personnalisée et efficace.

RESSOURCES D'AVANT

Chez le senior, en plus de la pratique régulière d'AP dont les nombreux bénéfices en particulier sur les capacités physiques et l'appareil cardio-circulatoire, les aspects psycho-cognitifs, et la qualité de vie sont bien établis. De façon complémentaire l'exercice physique, dont le niveau de preuve est aujourd'hui clairement établi pour son efficacité en prévention des grands syndromes gériatriques associés à la perte de mobilité : fragilité, sarcopénie, chutes, peut être considéré comme une intervention non médicamenteuse.

Parmi les expérimentations en cours, la mise en place à Toulouse ainsi que dans les autres centres participants, du programme *Integrated Care for Older People* (ICOPE) issu des recommandations de l'OMS 2019 ; ainsi que le déploiement du Plan « Antichute » 2022-2023 des personnes âgées issu du Ministère chargé de l'Autonomie correspondent à cet enjeu en ciblant en particulier le maintien de l'indépendance fonctionnelle. Le programme « Bien sur ses jambes », déployé à Lyon depuis 10 ans, en pratique de vie courante, et intégrant un programme multimodal associant exercice et nutrition a pu montrer sa faisabilité et son efficacité sur les performances physiques et musculaires (sarcopénie) et sur le risque de chute.

L'objectif devrait être à terme la diffusion et la mise en place de programmes d'exercices à destination des seniors à risque de perte de mobilité et/ou de chutes, vivant à domicile à l'issue des rendez-vous de prévention. Pour être efficaces ces programmes devront répondre à des lignes directrices claires en intégrant des composantes multiples dont la nutrition et selon une approche pragmatique, structurée et personnalisée à visée préventive et adaptée aux capacités du senior et reposer sur un fort niveau de preuves et les expériences antérieures pour leur efficacité et leur faisabilité.

La transposition des programmes ayant fait leur preuve et réalisés par des équipes investies expertes et motivées, nécessite ainsi un encadrement pour leur diffusion. Les structures volontaires devront être identifiées, les programmes nécessiteront un encadrement, si nécessaire et en fonction de la cible, par des professionnels compétents et disposant d'une formation complémentaire. Ces programmes doivent se faire en articulation avec les dispositifs existants et leurs acteurs, en particulier, pour assurer la pérennité des bénéfices obtenus. Une évaluation initiale et en fin de programme est nécessaire pour attester de l'efficacité individuelle.

Ces programmes doivent aussi favoriser l'implication des seniors vers une pratique régulière et adaptée d'AP afin de les rendre acteurs de leur propre santé.

CONCLUSION

Dans le cas particulier des chutes et de la perte de mobilité/exercice, on peut considérer que la phase des rendez-vous peut être formalisée par un repérage pluri professionnel puis une synthèse médicale. En revanche à ce jour la prise en charge d'aval semble nécessiter des actions d'implémentations et de formations préalables à une approche systématique.

ANNEXE 7 – Le cas particulier des populations migrantes

Le HCSP a émis en 2015 un avis sur la « Visite médicale des étrangers primo-arrivants ³⁹ ». Il soulignait en particulier la composante nécessaire d'éducation à la santé et au système de santé en France. Cet avis a été repris par une [instruction⁴⁰](#) de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) en 2018, recommandant sa mise en œuvre. Une liste de recommandations de dépistages plus larges a été publiée par le Centre européen de contrôle et de prévention des maladies ([ECDC⁴¹](#)). La HAS a aussi complété les recommandations de vaccinations en prenant en compte les [populations migrantes⁴²](#). Depuis, la mise en place territoriale est variable et manque surtout de documentation.

Certains centres de CPAM mènent des rendez-vous santé dans certains cas (certaines populations, certaines pathologies), mais ne peuvent pas les réaliser dans d'autres situations (certains publics hors de leur cible, certaines pathologies dont le dépistage nécessiterait une décision de la CNAM ou la Direction de la Sécurité Sociale). Depuis quelques années, l'Office français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) a développé plusieurs programmes pour mener certains dépistages, et aurait en perspective de le déployer plus avant.

La question de l'intégration des personnes migrantes primo-arrivantes à des rendez-vous de prévention à différents âges renvoie d'abord au besoin de respecter la séquence d'actions de dépistage et prévention tout au long de la vie, et dans une moindre mesure, de les élargir en fonctions d'expositions spécifiques (en tenant compte que la grande majorité des maladies dites tropicales sont connues comme cosmopolites).

Il y a plusieurs complexités à proposer un rendez-vous prévention aux populations migrantes :

1. Il y a en fait plusieurs groupes de populations très différents, disparates, aux statuts administratifs très hétérogènes et idem pour leurs conditions de vie, leurs habitus (des jeunes adultes travailleurs pauvres, aux familles en bidonville, aux demandeurs d'asile, aux familles hébergées dans la diaspora) en plus de par leur actualité de migration récente ou en cours, conditions de vie fortement changeantes ; leurs compétences à accéder au système de santé français, la diversité de leur capital social et culturel déterminant un large spectre de capital santé (bien que majoritairement la partie défavorisée des inégalités sociales de santé). Des modes d'approche différents sont donc nécessaires.

2. Esther Duflo a bien illustré que même les plus pauvres parmi les plus pauvres ont régulièrement accès à un professionnel de santé, dans le cadre de demande de soins curatifs. De même, ce sont des parents attentifs et pour lesquels la santé de leurs enfants est une valeur importante. En revanche, les jeunes adultes travailleurs ont une conception différente de leur santé (comme les Français). Chez les mineurs non accompagnés, d'autres études ont montré que leur perception de la santé mentale est absente (c'est un travail de les mobiliser sur ce sujet quand c'est nécessaire). Par ailleurs, E. Duflo a aussi montré l'impact fort des dispositifs d'incitations (matérielles ou sociales), et surtout de rappels et de médiateurs communautaires. La majorité des arguments de preuve apportés ou cités par E. Duflo sont connus correspondre à des niveaux de preuve A (ou éventuellement B). Ainsi, en particulier pour intégrer les publics migrants (ou extrêmement défavorisés) à une action de prévention en population générale, il est nécessaire d'intercaler des dispositifs et professionnels pour communiquer et accéder au système de santé ; plus que de décliner l'offre de soins si elle est logique et bien conçue. Cela a été fait pendant le Covid-19, pour

³⁹ 2017. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=672>

⁴⁰ INSTRUCTION N° DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants.

⁴¹ ECDC issues migrant screening and vaccination guidance (europa.eu). News story.5 Dec 2018.

⁴² [fiche_synthese_rattrapage_vaccinal_migrants_primo_arrivants.pdf \(has-sante.fr\)](#)

réussir à couvrir les populations précaires par le dépistage ou la vaccination (les MEDILAC : Médiateur Lutte Anti Covid).

3. Pour prévoir un rendez-vous de prévention, il faut envisager de rattraper les actions de dépistage et prévention qui n'ont pas été menées... depuis la naissance. Par exemple, même s'il est possible de vacciner une personne contre l'hépatite B une personne porteuse de ce virus, il est toutefois préférable de réaliser un dépistage préalable à cette vaccination (de plus, cela évitera à la personne d'attribuer la positivité à la vaccination).

Il y a quelques intérêts à ajouter des précautions sur certaines pathologies comme détaillé par l'ECDC (anguillulose, bilharziose...). Concernant la tuberculose, le HCSP a recommandé une mise à jour de la stratégie de dépistage.

Concernant la santé mentale, outre le déficit du dépistage qu'il est toujours logique de souligner (et le temps nécessaire, avec interprète voire action de médiation), il y a un dilemme éthique à dépister quelqu'un lorsqu'on peine à savoir où l'orienter dans un délai raisonnable.

4. Pour les patients de 20 à 25 ans migrants ou précaires, un gain fort est attendu en résorption des inégalités sociale de santé, en particulier sur :

- La prévention reproductive : IST et prévention des grossesses non désirées
- Le rattrapage vaccinal
- Le dépistage neuro-sensoriel (pour pouvoir encore suivre des formations)
- La santé bucco-dentaire

5. Dans les populations migrantes, la notion d'avoir été vacciné selon les recommandations est forte. Comme recommandé dans le rapport Chauvin, la promotion de la santé dans l'éducation est à favoriser. Ainsi, dans toutes les formations professionnalisantes, il pourrait être recommandé un temps de promotion d'habitudes favorables à la santé : une nouvelle formation, de nouvelles habitudes.

6. La principale contrainte d'un rendez-vous de prévention pour des populations migrantes est organisationnelle :

- Il est important que ce parcours soit le plus regroupé, complet et coordonné et qu'un document en fasse la synthèse pour le patient.
- Il est nécessaire de recourir autant que nécessaire à l'interprétariat.
- La dimension d'éducation à la santé, telle que préconisée par le HCSP est fondamentale.
- Enfin, pour organiser ces rendez-vous de prévention, il est important (et primordial) que la structure de santé soit organisée pour accueillir un nombre important de personnes, *a priori* non-malades, même si fragiles (allophonie) et à fort risque pathologique. Ainsi, la distinction et le partenariat (lorsque nécessité d'orientation) doivent être gardés avec les structures de santé curatives (dont les hôpitaux et PASS (permanences d'accès aux soins de santé) par exemple).

Un nombre important de recommandations (de renseignement sur l'exhaustivité du dépistage) du rapport du HCSP cité reste encore à promouvoir et déployer.

7. L'instauration d'un délai de carence à l'obtention d'une assurance santé pour de nombreuses situations (incluant des enfants, par exemple dont les parents sont originaires d'un pays sans nécessité de visa pour venir en France, alors que pour eux, à la différence des adultes, ils ne sont pas éligibles aux soins urgents et vitaux). Cela est discordant avec la recommandation de rendez-vous santé dans les 4 mois d'entrée sur le territoire (période connue à haut risque sanitaire pour ces publics). Dans le cas où un dépistage serait fait, cela bloque la suite du parcours de soins.

8. L'augmentation des actions de dépistage et prévention a un bénéfice individuel évident de permettre une prise en charge plus précoce, donc devant réduire sa morbi-mortalité. Mais, en

particulier pour les populations plus défavorisées, il faudra être attentif : dans un contexte de tension en ressources médicales, la place des nouvelles personnes dépistées risque d'être complexe dans les files actives de médecins. Ils seront les moins sévères et souvent les plus compliqués à mobiliser sur leur réduction des risques (le cas des populations défavorisées, par la concurrence des impératifs quotidiens).

ANNEXE 8 - Santé sexuelle

Sur la base de la feuille de route de la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle.

Dans la rencontre Soignants-Personnes/Patients le point critique est de savoir qui doit aborder la question, il semble que les personnes ne le suscitent que lorsque l'impact est significatif et donc plus dans une perspective curative que préventive.

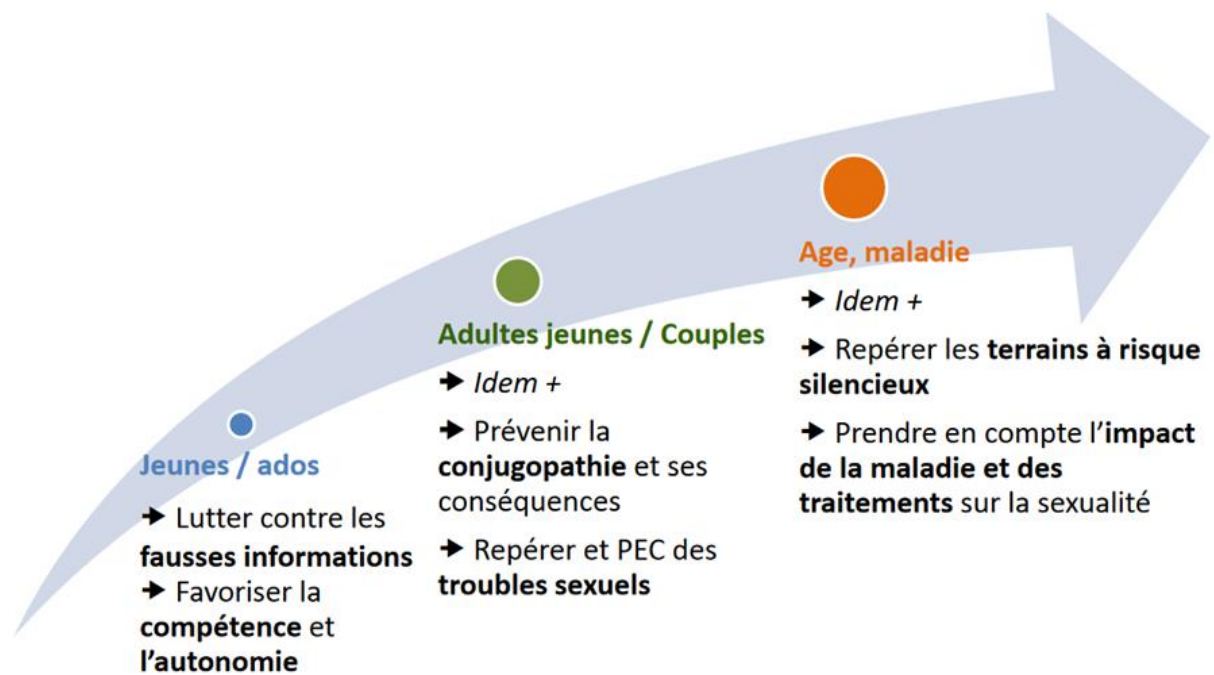
Ce type de consultation pourrait, par son cadre, favoriser ce type d'interrogation de la part des soignants

	Professionnels	Patients
Santé sexuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Santé reproductive (contraception, stérilité) • Risques (IST, GND, IVG, 	<ul style="list-style-type: none"> • Recherche de plaisir sexuel • Problèmes sexuels (DS, difficultés relationnelles / sexualité)
Formation - information	<ul style="list-style-type: none"> • Formé à santé reproductive • Informés sur risques • Pas formés au reste 	<ul style="list-style-type: none"> • Éducation sexuelle à l'école • Le monde du non dit
Abord du sujet	<ul style="list-style-type: none"> • Préfèrent que le patient aborde le sujet <ul style="list-style-type: none"> → Peur d'être intrusif → Manque de connaissance et d'habileté → Fermeture inconsciente • Atouts du médecin : source d'info, confidentialité, relation de confiance 	<ul style="list-style-type: none"> • Préfèrent que le médecin aborde le sujet <ul style="list-style-type: none"> → Pas sûr que ce soit un problème médical, gêne, problème passager, ne veut pas ennuyer le médecin → Peut percevoir la gêne du médecin (perception se ferait à 93 % par le non verbal) • Le « dévoilement » d'un trouble sexuel doit être entendu, sous peine de ne plus être tenté....

L'OMS a établi un guide de « Communication brève relative à la sexualité » (2015)⁴³.

Il s'agit d'une question très vaste parcourant tous les âges de la vie dépassant donc le cadre de cette saisine « période de vie » avec néanmoins des priorisations possibles.

⁴³ [Communication brève relative à la sexualité \(CBS\) \(who.int\)](#)



Parmi les populations vulnérables on peut citer :

Les adolescents non scolarisés et les mineurs non accompagnés, les migrants ; pour ces groupes, des médiateurs sont sans doute à privilégier comme premier contact
LGBT+

Les personnes ayant des maladies chroniques (et les risques iatrogènes) où les médecins devraient être privilégiés comme premier contact

Les personnes en situation de handicap (physique et/ou psychique)

Les personnes en situation de prostitution

Les personnes âgées en institution ou non

Cas particulier des DOM-TOM : les ARS repéreront les problèmes spécifiques de leur territoire.

Concernant les IST, on peut rappeler que la HAS préconise au moins une fois dans la vie une sérologie VIH et VHC.

Il convient également de se servir de ce rendez-vous pour mettre à jour les vaccins, y compris ceux s'adressant à une population vulnérable, tels que HBV, HPV, voire méningocoque en période épidémique ou en prévention de gonococcie si les résultats d'une étude en cours le confirme.

C'est également une opportunité de dépistage des violences conjugales ou sexuelles.

Liste des principales abréviations utilisées

ANS : Agence du Numérique en Santé
APA : activité physique adaptée
API : alcoolisation ponctuelle importante
APS : activité physique et sportive
ARS : Agence régionale de santé
ASE : Aide sociale à l'enfance
AVC : accident vasculaire cérébral
CAdeO : Centre d'accueil, d'évaluation et d'orientation en santé mentale
CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CCAS : Centre communal d'actions sociales
CCP : Consultation de contraception et prévention des maladies sexuellement transmissibles
CDS : centre de santé
CHS : Conseiller Habitat Santé
CLS : contrat local de santé
CLSM : Conseil Local de Santé Mentale
CMEI : Conseiller Médical en Environnement Intérieur
CMP : centre médico-psychologique
CNAV : Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNGE : Collège national des généralistes enseignants
CNIL : Commission nationale de l'information et des libertés
CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé
CROUS : Centre régional des œuvres universitaires et scolaires
CRR : Centre de ressource de réhabilitation psychosociale
CSP : Code de la santé publique
CSP : catégorie socio-professionnelle
CETAF : Centre Technique d'Appui et de Formation
CTFPH : *The Canadian Task Force on Periodic Health Examination*
DAC : dispositif d'appui à la coordination
DALY : espérance de vie corrigée par l'incapacité (*disability-adjusted life years*)
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DGS : Direction générale de la santé
Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS : Direction de la Sécurité Sociale
DT : délégation territoriale
ECDC : *European Center for Disease Prevention and Control*
EM : entretien motivationnel
ENNS : Enquête nationale nutrition santé
EPS : Examen de Prévention en Santé
HAS : Haute Autorité de santé
HBV : virus de l'hépatite B
HCAAM : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

HCSP : Haut Conseil de la santé publique
HDH : *Health Data Hub*
HTA : hypertension artérielle
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IHME : *Institute for Health Metrics and Evaluation*
INCa : Institut National du Cancer
Inpes : Institut national de prévention et d'éducation à la santé
INSPQ : Institut national de santé publique du Québec
IPA : infirmier de pratique avancée
Ipep : Incitation à une prise en charge adaptée
IST : infection sexuellement transmissible
ITSS : Infections transmissibles sexuellement et par le sang
MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées
MSA : Mutualité sociale agricole
MSP : Maison de santé pluri-professionnelle
MSS : Maison Sport-Santé
MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux
NHS : *National Health Service*
NICE : *National Institute for health and Care Excellence*
OCDE : Organisation de coopération et de développement économique
OFII : Office français de l'Immigration et de l'Intégration
OMS : Organisation mondiale de la santé
PASS : permanence d'accès aux soins de santé
PEPS : expérimentation d'un paiement en professionnels de santé en ville
PLFSS : Projet de loi de financement de la Sécurité sociale
PMI : protection maternelle et infantile
PMS : pôle médico-social
PSSM : premiers secours en santé mentale
PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale
RGPD : Règlement général sur la protection des données
ROR : répertoire opérationnel des ressources
SNS : Stratégie nationale de santé
SNDS : Système National des Données de Santé
SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SAD : Service autonomie à domicile
SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SPIP : service pénitentiaire d'insertion et de probation
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
URPS : Union régionale des professionnels de santé
USPSTF : *United States Preventive Services Task Force*
VHC : virus de l'hépatite C
VIH : virus de l'immunodéficience humaine
VPH : virus du papillomavirus humain

Avis produit par le HCSP

Le 20 mars 2023

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr