



HAL
open science

La place de la prévention dans les soins de santé primaires : comparaison de la France, du Québec et du Royaume-Uni

Natalia Ivaniva

► **To cite this version:**

Natalia Ivaniva. La place de la prévention dans les soins de santé primaires : comparaison de la France, du Québec et du Royaume-Uni. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. dumas-04241292

HAL Id: dumas-04241292

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04241292v1>

Submitted on 13 Oct 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

U.F.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année 2023

Thèse n° 146

**THESE POUR L'OBTENTION DU
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN PHARMACIE**

Présentée et soutenue publiquement par IVANIVA, Natalia

Née le 30 décembre 1993 à ALTAI, Russie

Le 29 septembre 2023

**LA PLACE DE LA PREVENTION DANS LES SOINS DE
SANTÉ PRIMAIRES :**

**Comparaison de la France, du Québec et du
Royaume-Uni**

Sous la direction de :
Estelle CLET

Membres du jury :

M. COURTOIS, Arnaud

Président

Mme CLET, Estelle

Examineur

Mme ESSILINI, Anaïs

Examineur

Titre : LA PLACE DE LA PREVENTION DANS LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES : Comparaison de la France, du Québec et du Royaume-Uni

Résumé : La prévention efficace au sein des soins de santé primaires (SSP) est un enjeu majeur pour assurer la santé et le bien-être de la population. Pourtant en 2021 le rapport de la Cour des comptes juge les résultats de la politique de prévention en France globalement médiocre. Cette étude décrit et compare la place de la prévention dans les SSP en France, au Québec et au Royaume-Uni, pour identifier des axes potentiels d'amélioration. Les données de la recherche bibliographie ont été recueillies selon le modèle d'étude des SSP, publié par D. Kringos en 2010, ajusté à la prévention. Certains indicateurs de santé du Québec et du Royaume-Uni laissent penser que leurs systèmes sont plus performants. Les trois systèmes sont similaires, néanmoins plusieurs axes ont été identifiés. Une politique d'une durée de 10 ans (Québec, Royaume-Uni) et multi-ministérielle (Québec) améliorerait la cohérence des actions. Un plan opérationnel, aux objectifs et budget prédéfini améliorerait l'efficacité (Québec). Le développement de structures pluridisciplinaires est propice à la communication et à la confiance entre professionnels. Confier des actes de prévention aux professionnels de soins variés améliore l'égalité d'accès (Québec, Royaume-Uni). Réorganiser la structure pour créer un lien de proximité entre le terrain et le pouvoir central est bénéfique pour adapter la politique aux besoins locaux (Québec, Royaume-Uni). Les trois pays ont les mêmes inspirations mais la manière et l'avancée de la mise en place est différente. La comparaison internationale régulière peut être une source d'inspiration pour l'amélioration mutuelle des systèmes.

Mots clés : soins de santé primaires, prévention, comparaison internationale, exercice pluridisciplinaire, professionnels de santé

Title: THE PLACE OF PREVENTION IN PRIMARY HEALTH CARE: A comparison between France, Quebec and the UK

Abstract: Effective prevention within primary health care (PHC) is a key factor in ensuring the health and well-being of the population. However, in 2021, the report from the French Court of Audit (Cour des Comptes) judged the results of prevention policy in France to be mediocre overall. This study describes and compares the place of prevention in PHC in France, Quebec and the UK, to identify potential improvement pathways. Data from the literature search were collected according to the PHC study model, published by D.Kringos in 2010, adjusted to prevention. Some health indicators in Quebec and the UK suggest that their systems are more efficient. The three systems are similar, but a number of improvement pathways have been identified. A 10-year policy (Quebec, UK) and a multi-ministerial policy (Quebec) would improve the coherence of actions. An operational plan, with predefined objectives and budget, would improve efficiency (Quebec). The development of multidisciplinary structures is conducive to communication and trust between professionals. Entrusting preventive acts to a variety of healthcare professionals improves equality of access (Quebec, UK). Reorganizing the structure to create a local link between the field and central government is beneficial for adapting policy to local needs (Quebec, UK). The three countries have the same inspirations, but the manner and progress of implementation is different. Regular international comparison can be a source of inspiration for mutual improvement of systems.

Keywords: primary health care, prevention, prevention policy, international comparison, healthcare professionals

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de thèse, Madame Estelle CLET, pour un accompagnement de qualité tout au long de ce travail.

Je remercie également Madame Anaïs ESSILINI d'avoir accepté de faire partie de ce jury ainsi que pour sa disponibilité et ses bons conseils.

Merci à toutes les deux de m'avoir permis d'approfondir ce sujet de Santé Publique, qui me tient à cœur.

Je tiens à remercier Monsieur Arnaud COURTOIS pour m'avoir fait l'honneur de présider ce jury.

Je remercie Zoé, Clémentine et Pauline pour le travail de relecture qu'elles ont fait sur ce manuscrit.

Je remercie tous mes amis pour leur présence et leur soutien constant. Je suis infiniment chanceuse de vous avoir dans ma vie.

Merci à Antoine, la personne la plus importante dans ma vie depuis maintenant deux ans, de remplir ma vie de bonheur.

Спасибо моему отцу, который, несмотря на расстояние, смог очень поддержать меня на этом последнем важном этапе моего обучения.

Je remercie ma mère et mon beau-père pour leur soutien constant et leur confiance qui ont rendu possible l'aboutissement de ce long parcours.

I. Table des matières

Remerciements.....	2
Liste des figures.....	6
Liste des tableaux.....	8
Liste des abréviations.....	9
II. Introduction.....	11
A. Historique.....	11
B. La prévention.....	11
C. Les soins de santé primaires.....	13
D. La prévention au sein des SSP en France.....	14
III. Matériel et Méthode.....	15
A. Objectifs de l'étude.....	15
B. Recueil des données.....	15
C. Choix des pays.....	16
D. Choix du modèle d'analyse.....	17
E. Adaptation du modèle.....	18
IV. Résultats.....	22
A. Recherche bibliographique préliminaire.....	22
B. France.....	25
1. Introduction.....	25
2. Indicateurs de santé.....	26
3. Structure.....	28
4. Processus.....	37
C. Canada (Québec).....	39
1. Introduction.....	39

2.	Indicateurs de santé.....	39
3.	Structure.....	41
4.	Processus.....	48
D.	Royaume Uni	51
1.	Introduction	51
2.	Indicateurs de santé.....	52
3.	Structure.....	54
4.	Processus.....	58
V.	Discussion.....	59
A.	Synthèse des résultats	59
1.	Conclusion France.....	59
1.	Conclusion Québec	60
2.	Conclusion Royaume-Uni.....	61
B.	Comparaison des résultats.....	62
1.	Indicateurs de santé.....	62
2.	Stratégie et structure gouvernementale.....	71
3.	La continuité de parcours dans la prévention à travers le mode d'exercice des professionnels en charge	73
4.	Les modes d'exercice et de collaboration des différents professionnels de santé en charge.....	74
C.	Des limites.....	75
D.	Recommandations.....	76
VI.	Conclusion	78
VII.	Bibliographie	80
VIII.	Annexes	90
A.	Table France.....	90

B.	Table Québec.....	93
C.	Table Royaume-Uni	97

Liste des figures

Figure 1: Les trois catégories de prévention et leur articulation avec le parcours de soins (4).....	12
Figure 2: Les trois axes du modèle : la structure, le processus et les résultats (10), *PC : Primary care.....	17
Figure 3: Illustration du tableau Excel pour l'analyse des données	18
Figure 4: Schéma de transformation du modèle.....	19
Figure 5: Résumé de la recherche bibliographique préliminaire	23
Figure 6: Schéma structure gouvernance de la Santé en France (26)	28
Figure 7: La répartition des dépenses de prévention entre les programmes institutionnels et les prises en charge préventives dans le système de soins (6).....	31
Figure 8: Les principaux financement d'actions et de structures de prévention (6).....	32
Figure 9: Schéma « simplifié » de l'organisation territoriale des soins (40).....	34
Figure 10: Structure de système de santé et de services sociaux au Québec (48)	41
Figure 11: Exemple des actions prévues et des résultats attendus dans le PAI (45).....	44
Figure 12: Cadre financier par ministère et par l'année du PGPS (2015-2025) (45).....	44
Figure 13: Financement de la santé au niveau fédéral, provincial et municipal (51).....	45
Figure 14: Principaux acteurs d'un réseau territorial ou local de services de santé et de services sociaux (54)	47
Figure 15: Exemple 1 d'action prévu dans le PGSP.....	50
Figure 16: Exemple 2 d'action prévu dans le PGSP.....	51
Figure 17: Exemple 3 d'action prévu dans le PGSP.....	51
Figure 18: Financement du système de santé en Angleterre (13)	54
Figure 19: Esperance de vie à la Naissance (2022, OCDE).....	63
Figure 20: Dépenses de santé (2022, OCDE).....	64
Figure 21: Taux de vaccination contre la grippe, total % de la population de 65 ans et plus, 2022 ou dernières données disponibles, OCDE.....	65
Figure 22: Taux de vaccination des enfants; Diphtérie, le tétanos et coqueluche / Rougeole, % des enfants, 2022 ou dernières données disponibles, OCDE.....	66

Figure 23: La couverture du programme de dépistage du col de l'Utérus, données OMS (28).....	67
Figure 24: Dépistage par mammographie réalisé chez les femmes de 50 à 69 ans lors des deux dernières années, 2009,2019 (ou année la plus proche) et 2020, OCDE	67
Figure 25: La consommation en litres d'alcool pur par adulte (plus de 15 ans), OMS (24)	68
Figure 26: Pourcentage de fumeurs parmi la population âgée de 15 ans et plus, par sexe, 2019 (ou année la plus proche), OCDE (44)	69

Liste des tableaux

Tableau 1: Des différents volets de la partie "Structure"	20
Tableau 2: Des différents volets de la partie " Processus".....	21
Tableau 3: Indicateurs de santé France	27
Tableau 4: Indicateurs de santé au Canada.....	40
Tableau 5: Indicateurs de santé Royaume-Uni	53
Tableau 6: comparaison des indicateurs de santé pour la France, le Canada et le Royaume-Uni	70

Liste des abréviations

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel
ACT : Alcohol Care Team
ARS : Agence régionale de Santé
ARRS : Additional Roles Remboursement Sum
ASALEE : Action de Santé Libérale en Equipe
ASSS : Agence régionale de Santé et de Service sociaux
BCS : Bureau de coordination et de soutien
BMA : British Medical Association
CCG : Clinical Commission Groupe
CLSC : Centres Locaux de Services Communautaires
CISSS : Centres Intégrés de Santé et des Services sociaux
CIUSSS : Centres Intégrés Universitaires de Santé et des Services sociaux
CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
Cpom : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et Moyens
DES : Network contract
DRSP : Directions Régionales de Santé Publique
DMP : Dossier Médical Partagé
GMF : Groupes de médecins de famille
GMS : General Medical Services
HPV : human papillomavirus
HSCP : le Haut Conseil de la Santé Publique
IDSP : Infirmiers Délégués à la Santé Publique
ICPC : Infirmier-Conseil en Prévention Clinique
ICS : Integrated Care System
INSPQ : Institut National de Santé Publique du Québec
IPA : Infirmiers de Pratique Avancée
Ipep: Incitation à une prise en charge partagée
IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé
Irpes : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé

MSP : Maisons de santé pluridisciplinaires
MSSS : Ministère de la Santé et des Services Sociaux
MTESS : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Sociale
MAPAQ : Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MEQ : Ministère de Communication du Québec
NHS : National Health System
NPK : Conférence nationale pour la prévention
NPfiT : National Programme for Information Technology
PC : Primary care
PCP : Pratique Clinique Préventive
PGPS : Politique Gouvernementale de Prévention en Santé
PAI : Plan d'Action Interministériel
Peps : Paiement en équipe de professionnels de santé en ville
PNNS : Programme National Nutrition santé
PCN : Primary Care Network
PCN : Primary Care Network (Réseau de soins primaires)
PHCC : Primary Health Care Centre
PNSP : Plan National de Santé Publique
PNNS : Plan National Nutrition Santé
PIB : Produit Intérieur Brut
Oscar : Observation et suivi cartographique des Actions régionales en santé
OCDE : Organisation de coopération et de développement économique
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
RAMQ : la Régie de l'assurance maladie du Québec
Rosp : Rémunération sur objectifs de santé publique
SNS : Stratégie Nationale de Santé
SSP : Soins de santé primaires
TROD : tests de diagnostic rapide de l'angine
UE : Union Européenne
UNCAM : l'Union nationale des caisses d'assurances maladie
URLS : Unités Régionales de Loisir et de Sport

II. Introduction

A. Historique

Le système de santé français évolue pour répondre aux nouveaux défis découlant de la transition épidémiologique. Cette évolution se manifeste par une restructuration des services de premier recours et une volonté de créer un parcours de soins efficace et efficient.

En 1948, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (1). Cependant, pendant de nombreuses années, le système de soins est demeuré principalement axé sur la dimension curative de la santé. Au cours des dernières décennies, une réflexion internationale a émergé autour des nouvelles missions du système de soins, prenant en compte la santé dans sa globalité. Cette perspective est intégrée dans les politiques de santé, ce qui entraîne des adaptations et des réorganisations au niveau des structures locales de santé, ainsi que l'acquisition de nouveaux rôles et compétences par les professionnels de santé.

Le point de départ de cette démarche remonte à 1978, lors de la conférence internationale sur les soins de santé primaires (SSP) de l'OMS à Alma-Ata, en ex-URSS. Lors de cette conférence, une définition internationale commune des SSP a été formulée pour la première fois. Les SSP désignent ainsi le premier point de contact de la population avec le système de santé national, jouant un rôle clé dans la protection de la santé. L'accessibilité aux SSP près des lieux de vie et de travail de l'individu est primordiale. Les SSP sont chargés de traiter les problèmes de santé de la communauté dans leur globalité (2). La prévention et la promotion de la santé font partie intégrante des missions des SSP et sont essentielles pour garantir la santé d'une population.

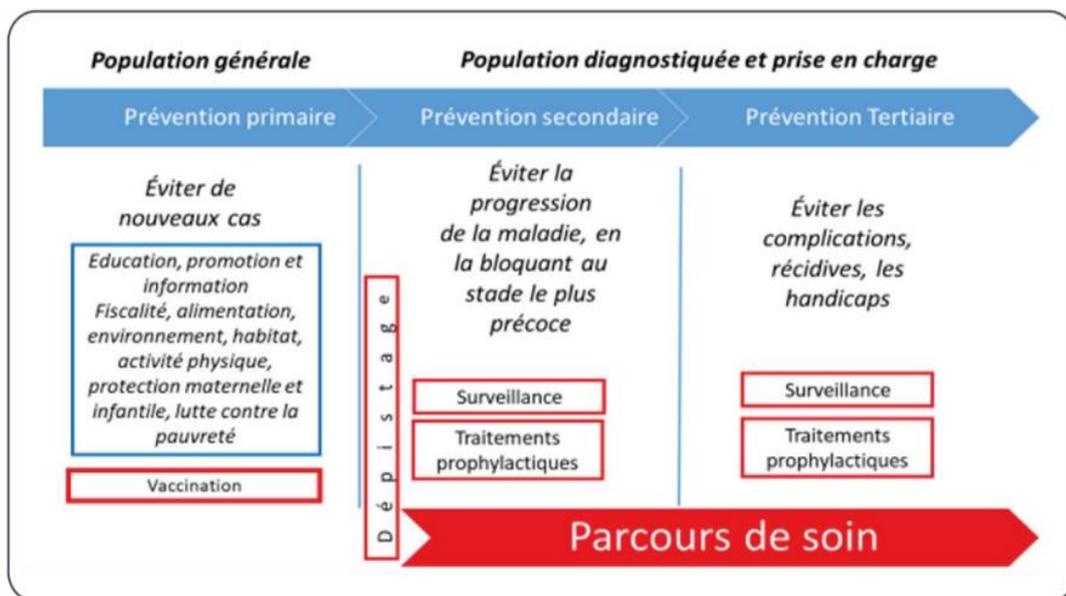
B. La prévention

La prévention est définie par l'Organisation Mondiale de Santé (OMS) comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps » (1). Il en existe trois types.

La prévention primaire empêche une maladie de se développer, elle diminue l'incidence d'une maladie dans une population. Elle comprend des actions sur les conduites individuelles à risque mais aussi des actions sur les risques en termes environnementaux et sociétaux comme la vaccination, le conseil hygiéno-diététique, la chimioprophylaxie.

La prévention secondaire est la détection précoce de la maladie, souvent encore asymptomatique. Elle cherche à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population en visant à faire disparaître les facteurs de risques. Le dépistage est une action de prévention secondaire.

La prévention tertiaire intervient une fois que la maladie est déjà bien installée. Le but ici va être de diminuer les complications provoquées par la maladie chronique, donc de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou récidives dans une population. Par exemple le suivi de la glycémie pour les personnes diabétiques ou la prise de traitement antiagrégant plaquettaire pour les patients souffrants de maladie cardiovasculaire à risque d'AVC (3).



Source : Cour des comptes

Note : en rouge prévention dite médicalisée (vaccin, dépistage, consultation) en bleu promotion de la santé

Figure 1: Les trois catégories de prévention et leur articulation avec le parcours de soins (4)

Dans le concept de la santé globale, la prévention devient un enjeu primordial. Elle permet d'agir à différents niveaux : éviter l'apparition d'une maladie, la détecter au stade précoce et donc en diminuer les conséquences, améliorer la qualité de vie d'un malade chronique. L'ensemble de ces actions contribue à renforcer la santé et le bien-être d'une population, constituant ainsi les fondations essentielles.

En évoquant la prévention, il est crucial de ne pas négliger la promotion de la santé, car ces deux approches agissent de manière complémentaire. Alors que la prévention se concentre davantage sur des indicateurs de santé tels que le taux de vaccination, le dépistage des maladies, ou encore la consommation de tabac, la promotion de la santé s'attache aux déterminants de la santé qui sont liés aux conditions de vie des individus, tels que les conditions de travail, le logement, l'environnement, et même l'aménagement du territoire (5).

C. Les soins de santé primaires

Les SSP sont le premier niveau de contact de l'individu lorsqu'il rentre dans le système de soin. Les professionnels de SSP sont des professionnels de santé de première ligne, de par leur rôle d'accueil et de diagnostic clinique primaire, constituant le point de départ du patient dans le parcours de soin. Au contact le plus proche de la population, ils doivent assurer les actions de prévention, de la promotion de la santé et de soins, adaptés à ses besoins (5). Dans l'ensemble, les SSP comprennent :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- L'éducation pour la santé (1).

Le système des SSP peut s'organiser selon trois modèles (6) :

- *Le modèle normatif hiérarchisé :*

Le système de soins est organisé autour des soins primaires. L'État a un rôle de régulation et de supervision. Les textes législatifs définissent les SSP et organisent le système de soins selon ce concept défini. Ce modèle est mis en place en Espagne, en Finlande et en Suède.

- *Le modèle professionnel hiérarchisé :*

Le médecin généraliste, qualifié de « *gatekeeper* », est le pivot du système de SSP. Il est la porte d'entrée dans le parcours de soin, il va rediriger le patient dans ce parcours. Certains pays ont adopté ce modèle, comme le Royaume-Uni, le Pays Bas, l'Australie ou la Nouvelle Zélande.

- *Le modèle professionnel non hiérarchisé :*

L'organisation des soins primaires est à l'initiative des acteurs. Il n'y a pas de hiérarchie entre les soins primaires et les soins secondaires. Le patient peut avoir accès aux médecins spécialistes sans avoir consulté un médecin généraliste auparavant. Même si dans certains pays comme la France, le système de « *gatekeeper* » commence à se mettre en place, le passage par le médecin généraliste reste encouragé mais non obligatoire. La grande majorité des pays utilisent ce modèle. C'est le cas par exemple de l'Allemagne, du Canada, de la France et de la Suisse.

D. La prévention au sein des SSP en France

Le modèle des SSP adopté par la France est le modèle professionnel non hiérarchisé (7). Dans l'application pratique de ce modèle, le ministère de la santé communique les grandes lignes de la politique de santé publique, qui sont ensuite adaptés au niveau régional par les Agences Régionales de Santé (ARS), en fonction des besoins territoriaux spécifiques. Le système de remboursement encourage la consultation du médecin généraliste (8). Ce dernier occupe une position centrale dans les soins de santé primaires (SSP) et joue un rôle majeur dans la réalisation d'actes de prévention.

Or, ce système se heurte à la pénurie de médecins ainsi qu'aux inégalités territoriales d'accès aux soins sont un problème majeur en France (9). Les autres professionnels de santé sont aussi impliqués dans des actes de prévention, encouragés par des dispositifs tels que le financement expérimental. Ce dispositif est mis en place par la « Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 » pour inciter la coopération entre acteurs de soin dans le cadre d'organisations en santé innovantes (10). L'exercice des professions médicales en France est majoritairement libéral et historiquement très cloisonné. L'Etat encourage l'exercice pluridisciplinaire pour améliorer la collaboration entre professionnels. Plusieurs types de regroupement entre professionnels de soin existent, tels que les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et des Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP). Les dépenses en santé sont élevées par rapport à d'autres pays européens. La Cour des Comptes estime que la France a dépensé en prévention 15 milliards d'euros à minima en 2016. Or les résultats ne sont pas à la hauteur de l'investissement. Les programmes de prévention peinent à atteindre des objectifs. Les actions mises en place se révèlent insuffisamment efficaces en comparaison aux actions menées dans les pays voisins. C'est le cas notamment dans le cadre du dépistage du cancer : qu'il s'agisse du cancer du sein, du colon ou du col de l'utérus, les taux de dépistage en France sont très faibles par rapport à ceux de nos voisins européens (4).

III. Matériel et Méthode

A. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de décrire et de comparer la place de la prévention dans les SSP en France, au Québec et au Royaume-Uni. Les similitudes et les différences du système des SSP de ces pays ainsi que leur manière d'appréhender la prévention y seront traitées.

B. Recueil des données

Les recherches bibliographiques ont été effectuées via les moteurs de recherche Google et Google Scholar, la base de données PubMed, des publications de la Cour des

Comptes, l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), le Haut Conseil de la Santé publique (HSCP).

Les mots clés utilisés pour la recherche sont: *health prevention, primary care, health promotion, pluridisciplinary primary care groups, primary care system in Canada/Quebec/UK/France, Health policy, roles of health care workers in primary care, financement of the primary care system, structure of primary care system.*

Les données statistiques ont été récoltées sur le site de l'OMS, de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et inclues des données provenant de sources officielles des pays, tels que le site du ministère de Santé ou de l'Assurance maladie.

Les informations sur les systèmes et les politiques de santé, les structures en charge de la prévention, les rôles des professionnels de santé ont été recherchées sur des sites gouvernementaux officiels, tels que : *sante.gouv.fr* et *ameli.fr* pour la France, *msss.gouv.qc* pour la province de Québec, *gov.uk* pour le Royaume-Uni, *england.nhs.uk* pour l'Angleterre.

Pour les études des systèmes politiques les publications de l'*European Observatory on Health Systems and Policies* ont été utilisées.

C. Choix des pays

On s'intéresse en premier lieu à la France. Les autres pays ont été sélectionnés en respectant des critères suivants :

- des pays comparables sur le plan socio-économique : des pays occidentaux développés ;
- des pays possédant des indicateurs de santé publique meilleurs qu'en France ;
- des pays possédant un modèle du système des SSP, un modèle de financement de santé ou un mode d'exercice de professionnels de santé différents.
- La fiabilité et l'accessibilité des données.

Pour choisir ces autres pays d'intérêt, une recherche bibliographique préliminaire a été effectuée.

D. Choix du modèle d'analyse

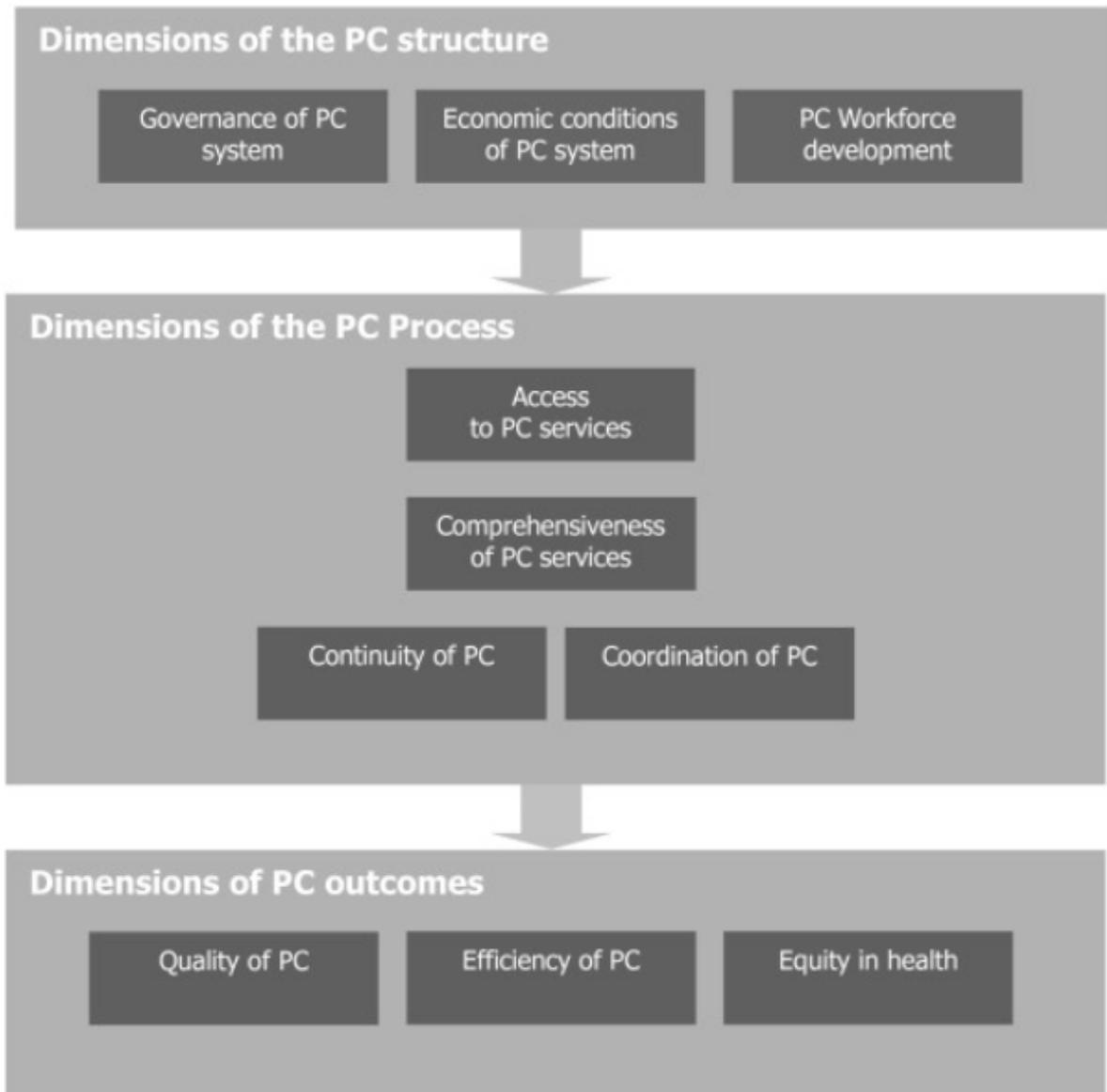


Figure 2: Les trois axes du modèle : la structure, le processus et les résultats (11), *PC : Primary care

Pour étudier la place de la prévention dans les SSP, le modèle de D. Kringos, illustré par la Figure 2, a été choisi (11). Il permet d'évaluer la structure et la coordination des soins primaires (*Primary care, PC*) et d'analyser l'impact de ces dernières par rapport à des indicateurs de la santé publique. Le modèle prend en compte trois aspects : la structure (*PC structure*), le processus (*PC Process*) et les résultats obtenus (*PC outcomes*). Chaque aspect est composé de plusieurs dimensions. La structure comprend la gouvernance (*Governance of PC system*), les conditions

économiques (*Economic conditions of PC system*), et le développement de la main-d'œuvre impliquée (*PC Workforce development*). Le processus comprend : l'accès aux soins (*Access to PC services*), la continuité (*Continuity of PC*), la coordination (*Coordination of PC*), l'exhaustivité de la prise en charge (*Comprehensiveness of PC services*). Les résultats sont composés de la qualité (*Quality of PC*), l'efficacité (*Efficiency of PC*) et l'équité du système (*Equity in Health*). Ce modèle permet de décrire le système mais aussi d'identifier des indicateurs de son efficacité (11).

E. Adaptation du modèle

Ce modèle, qui a été pensé pour étudier les systèmes de SSP, a été modifié pour en faire ressortir la place de la prévention au sein de ces systèmes. Les données bibliographiques ont été rassemblées sous la forme d'un tableau Excel (Microsoft®). Le modèle a été représenté sous forme de grille d'analyse, composée d'items. Le but était de remplir ces items avec des informations collectées par pays et comparer les données obtenues entre chacun. Par exemple, comme l'illustre la Figure 3, dans la partie « Structure », sous-partie « gouvernance », les items sont : les structures qui intègrent la prévention et la promotion de la santé, les acteurs impliqués, la place de la prévention et la promotion de la santé dans la politique de santé publique ainsi que la méthode de financement.

		France
Structure	Gouvernance: - structures qui intègrent la prévention/promotion de la santé - les acteurs impliqués - la place de la prévention dans la politique de santé: plans nationaux, objectifs - la méthode de financement	*La stratégie nationale de santé s'est articulée autour de 4 axes : 1. mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie ; 2. lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ; 3. garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours santé ; 4. innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers

Figure 3: Illustration du tableau Excel (Microsoft®) utilisé pour le recueil et l'analyse des données

La Figure 4 illustre les changements apportés au modèle. Pour la partie « structure » et la sous-partie « gouvernance », dans le modèle de base, l'auteur s'intéresse à la place des SSP dans la politique de santé publique. Dans le modèle adapté, l'intérêt est porté précisément à la place de la prévention au sein de la politique de santé publique.

Il sera de même pour le financement du système, au lieu de s'intéresser au financement des SSP, le but est d'identifier les dépenses attribuées spécifiquement à la prévention. Dans la partie « Processus », sous-partie « exhaustivité », le modèle d'origine étudie « l'accès aux équipements ». Pour la prévention, les items « télémédecine » et la « e-santé » sont retenus, comme ces outils sont intéressants pour sa mise en place.

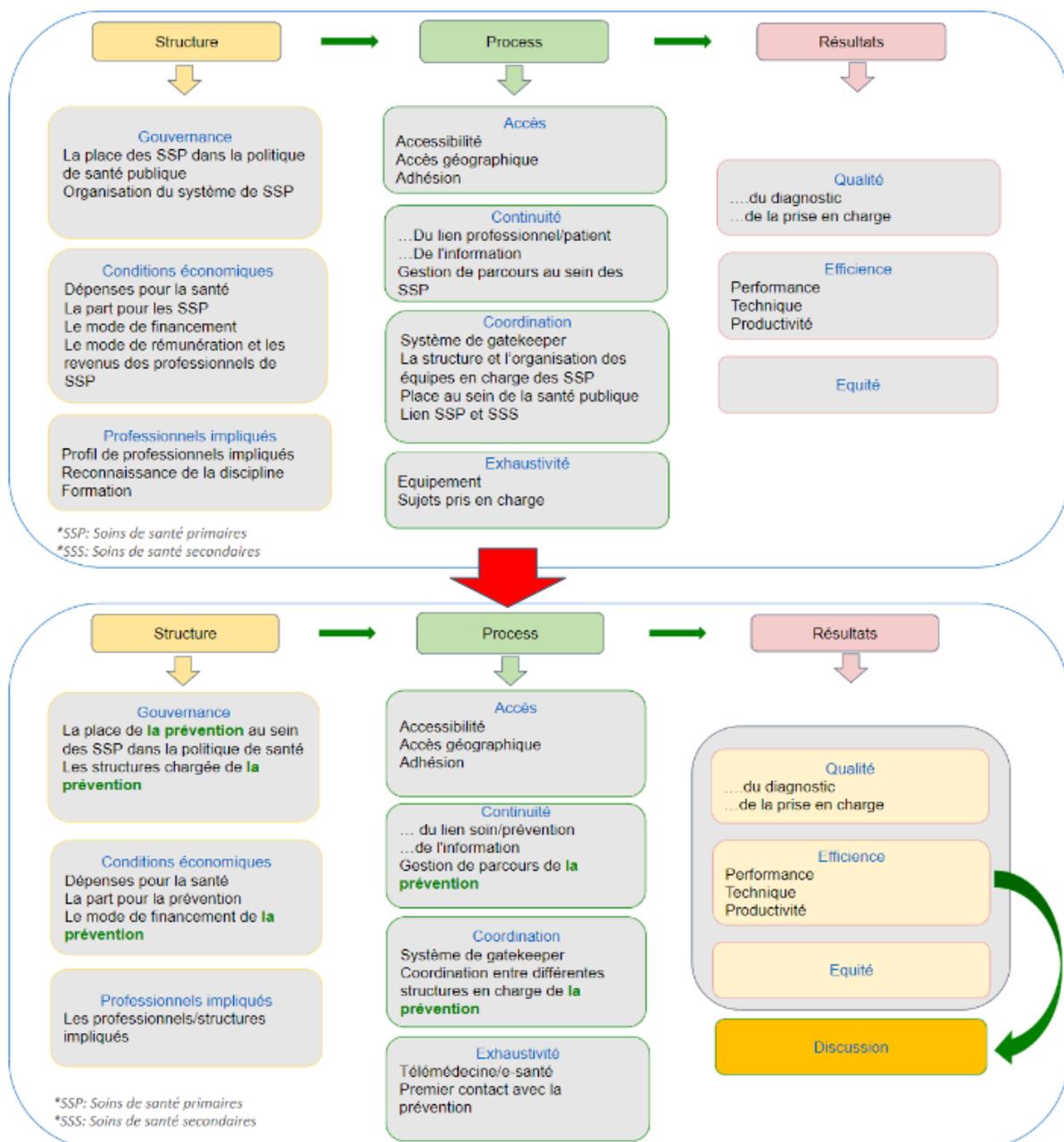


Figure 4: Schéma de transformation du modèle

Une fois les données bibliographiques rassemblées dans le tableau Excel (Microsoft®), les items avec les informations les plus riches et pertinentes pour les trois pays ont été sélectionnés. Les parties et les sous-parties ont été gardées pour structurer la rédaction. Les items ont été transformés sous forme de questions pour faciliter la compréhension de l'étude (Tableau 1 et 2). Les éléments de parties « l'efficacité », « la qualité » et « l'équité » sont utilisés à la fois dans les résultats de l'étude, à savoir dans les « indicateurs de santé » par pays, et dans la discussion, où les systèmes sont comparés. Par la suite pour une meilleure fluidité de texte, les questions (Tableau 1 et 2) ont été enlevées en ne gardant que les parties et les sous-parties pour la structure du texte.

Ainsi pour se rendre compte du fonctionnement de la prévention dans les différents pays, dans la partie "Structure" on s'intéresse au mode de gouvernance, aux conditions économiques et aux professionnels de soins impliqués :

Tableau 1: Des différentes sous-parties de la partie "Structure"

Structure	
Gouvernance	Comment la prévention s'intègre dans la politique de Santé ?
	Quelles sont les structures chargées de la prévention ?
Conditions économiques	Quelles sont les dépenses pour la santé ?
	Quelle est la part pour la prévention ?
	Quel est le mode de financement de la prévention ?
	Quelles sont les types de rémunération des actes de prévention ?
Les professionnels de santé impliqués	Professionnels
	Mode d'exercice

Dans la partie "Processus", on va s'intéresser à l'accès à la prévention, à la continuité, l'exhaustivité et la coordination de la prévention :

Tableau 2: Des différentes sous-parties de la partie " Processus"

Processus	
Accès	Géographique à la prévention
	à la prévention / à la promotion de la santé
	Abordable
	Adhésion à la prévention / promotion de la santé (par les professionnels et les patients)
Continuité	de l'information (Est-ce différent du parcours de soins ?)
	du parcours de la prévention (Existe-t-il un parcours de prévention propre, hors le parcours de soins ?)
	Quel est le lien entre le parcours de prévention et le parcours de soins ?
Coordination	Professionnels de 1ere ligne
	Coordination entre les professionnels et les structures
Exhaustivité	Télémédecine / e-santé
	Premier contact avec la prévention

IV. Résultats

A. Recherche bibliographique préliminaire

La revue bibliographique des systèmes de SSP des différents pays a permis d'identifier les points communs et les différences des systèmes de SSP. Les pays étudiés sont : le Canada, la Suède, le Royaume-Uni, l'Espagne, le Danemark, les Pays-Bas, l'Allemagne, l'Italie et la Suisse. Ces systèmes ont des points communs et des différences.

Ces deux dernières décennies, les systèmes de santé ont cherché à se décentraliser, en créant soit des agences régionales chargées de la gestion et de la mise en place de politiques de santé sur leur territoire (comme c'est le cas en France), soit en donnant aux régions beaucoup d'autonomie, au sein d'États fédéraux (tels que l'Allemagne la Suisse ou le Canada) (9). En Allemagne les Länders ont la charge du système de soins, néanmoins la politique actuelle tend à redonner du pouvoir à l'Etat dans l'objectif de diminuer les inégalités territoriales (12). Les cantons en Suisse (13), les provinces aux Canada (14) sont très autonomes dans la mise en place des SSP. Depuis 2012, au Royaume-Uni, l'organisme en charge de la santé est divisé en 4, avec un organisme indépendant pour chaque nation (15). En Suède même si l'Etat est responsable de la politique de santé à mettre en place, il y a un grand nombre d'organismes locaux qui sont en charge de services de santé sur leur territoire (16).

Depuis peu, les pays cherchent à se recentraliser et donner plus de pouvoir à l'Etat en recherche d'une meilleure gestion et pour davantage d'homogénéité entre territoires. Au Québec par exemple, les agences régionales sont supprimées afin de diminuer le nombre d'acteurs et d'avoir un schéma d'interactions plus clair, plus simple et plus direct avec le pouvoir central (17).

Le financement est globalement public, le reste à charge du patients est variable en fonction des pays (9).

La prévention et la promotion de la santé prennent une place importante dans les programmes nationaux de santé. Elles font partie des objectifs de politiques de santé publique au Québec (Canada), en France, au Royaume Uni.

En Allemagne la Conférence nationale pour la prévention (NPK) est mise en place pour permettre une collaboration des acteurs (12).

Pour pallier aux manques de professionnels de santé et dans l'optique d'alléger leur charge de travail, on pense à répartir différemment les actes entre différents professionnels. Par exemple le pharmacien d'officine peut à présent vacciner en France. Le poste du chargé administratif a été créé pour répondre à la surcharge de travail administratif pesant sur les professionnels de santé (18). Le médecin généraliste reste un éléments clé dans le parcours de soins des patients Au Québec les infirmières communautaires peuvent être le premier contact du patient dans les centres de santé et le pharmacien communautaire a le droit de prescription (19).

Il y a une tendance à regrouper les professionnels soignant au sein de structures pluridisciplinaires. Il y a des Centres locaux de services communautaires (CLSC) et des Groupes de médecins de famille (GMF) au Canada (20), des *Primary care networks* (PCNs) au Royaume-Uni (21), des *Primary Health Care Centres* (PHCCs) en Suède (16).

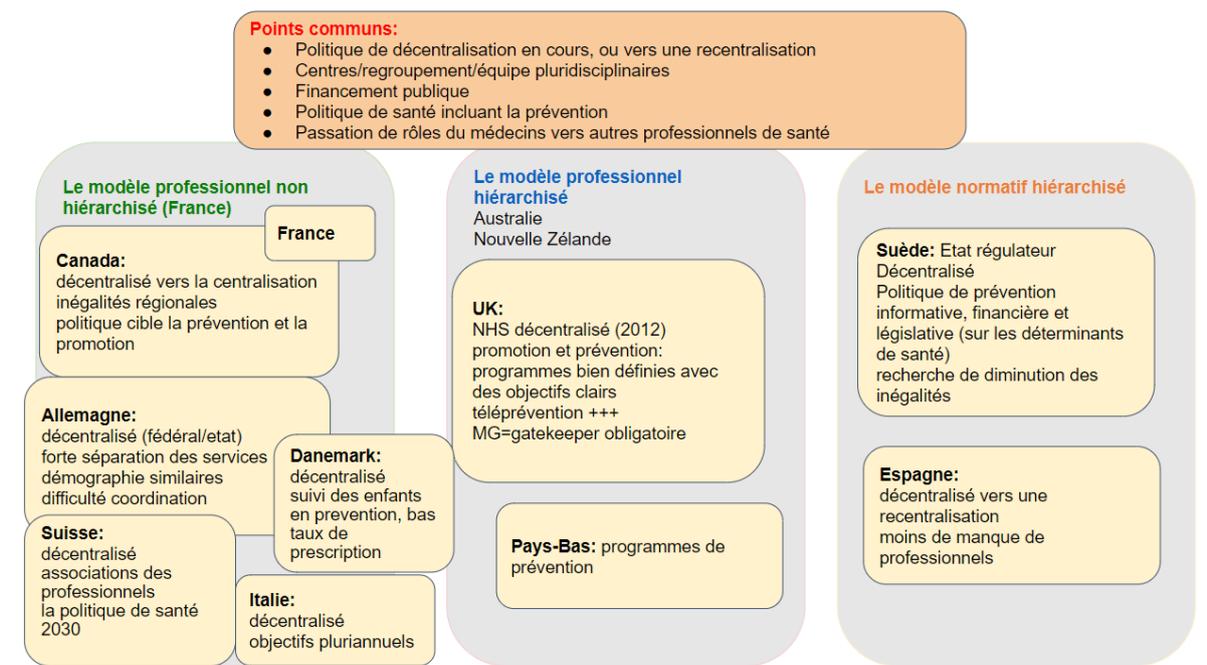


Figure 5: Résumé de la recherche bibliographique préliminaire

À la suite de cette recherche bibliographique, un pays, ayant adopté un modèle différent de celui de la France, a été choisi pour pouvoir comparer les différences induites par un autre modèle de SSP. D'autre part un grand nombre de pays suit le modèle professionnel non hiérarchisé, comme la France, or les résultats et le fonctionnement du système des SSP ne sont pas identiques. Donc un pays appliquant le même modèle a été retenu. Le premier choix s'est porté sur le Royaume Uni, le Canada et la Suède car ces pays sont connus pour leurs actions efficaces en termes de prévention et promotion de la santé et il existe un certain nombre d'informations accessibles à leur sujet : sites officiels, articles scientifiques. La Suède a été écarté car la barrière de la langue représentait une difficulté au niveau de l'accès aux données sur les sites officiels. Le Canada est un état fédéral, il peut y avoir des grandes variations en fonction des provinces, il a été décidé de s'intéresser au Québec. La province, en majorité francophone, est souvent citée comme exemple en termes de prévention. Le Royaume-Uni est un pays anglophone pour lequel un nombre suffisant d'informations sont disponibles, de plus ce pays est connu pour ses actions en prévention efficaces.

Les 3 pays à comparer sont donc la France, le Royaume Uni et la province du Canada, le Québec. Pour le Royaume Uni, le système décrit est celui de l'Angleterre, comme un grand nombre d'articles se rapportent à l'Angleterre. Les 3 autres nations : l'Ecosse, l'Irlande du Nord et le pays de Galles, ont des systèmes similaires.

Ces trois pays choisis :

- font partie des pays développés,
- ont des systèmes de santé relativement proches,
- font face au manque de professionnels de santé,
- les SSP, la prévention et la promotion de la santé font partie de leurs préoccupations.

Cependant :

- ⇒ Le Royaume-Uni se différencie de la France et du Canada par son système où le médecin généraliste est le pivot du parcours de soin. Il est intéressant de voir

comment un système légèrement différent intègre la prévention et la promotion de la santé.

- ⇒ La France et le Canada ont un système où des actions sont laissées à l'initiative des acteurs. Il est intéressant de voir comment un pays avec le même système a pu intégrer ces notions.

B. France

1. Introduction

Le modèle des SSP en France est un modèle professionnel non hiérarchisé. L'organisation des SSP se base sur l'initiative des acteurs (7). La politique de santé publique dans ses grandes lignes est donnée par le ministère de la santé et ensuite adaptée au niveau régional par les Agences Régionales de Santé (ARS). Les démarches de collaboration avec l'ARS sur différents projets de santé publique, dont la prévention, se font à la demande des professionnels de santé auprès de l'ARS. La majorité des professionnels de santé sont en exercice libérale historiquement cloisonnée. La politique de « *gatekeeper* », où le médecin généraliste est un passage obligatoire pour entrer dans le système de soins, est mise en place depuis 2004. Néanmoins, il existe des spécialistes qui peuvent être consultés sans avoir vu un médecin généraliste mais ce n'est pas encouragé par le système de financement (8). Le choix du médecin traitant est libre. Le rôle de médecin généraliste en tant que professionnel de santé de première ligne est ancré. Ils assurent en grande partie des actes de prévention. Mais d'autres professionnels des SSP, au contact direct du patient, comme les pharmaciens, les infirmiers, les dentistes, ont aussi ce rôle. Face à la pénurie de médecins, leurs rôles tendent à s'élargir souvent en collaboration avec ces derniers. Des initiatives de collaborations entre professionnels et l'acquisition de nouvelles aptitudes est encouragée par le financement public. L'exercice au sein des groupes pluridisciplinaires de santé en fait partie et est encouragé par les politiques de santé publique depuis 2007. Plusieurs types de regroupement pluridisciplinaire existent, dont les CPTS et des MSP. Les CPTS regroupent des professionnels de santé d'une région autour d'un projet (22) commun et les MSP sont des centres de santé où de différents professionnels de santé exercent en collaboration (23). Il n'est pas possible de séparer la prévention des SSP, il est donc aussi

difficile d'identifier les dépenses attribuer à ce sujet. En France, la prévention est financée par divers acteurs tels que le ministère de la santé, les ARS, l'Union nationale des caisses d'assurances maladie (UNCAM) et bien d'autres. La multitude d'acteurs rend l'organisation opérationnelle, le suivi de l'efficacité des actions et des ressources attribuées très complexe.

2. Indicateurs de santé

L'espérance de vie en France est en moyenne de 82,4 ans, ce qui la place très élevée dans l'échelle de longévité par rapport à la plupart des pays (24). Les dépenses de santé sont de 11,9 % de PIB en 2022, ce qui la place parmi les pays aux dépenses les plus élevés (25). Nous allons voir de plus près certains indicateurs tels que la couverture vaccinale, le dépistage du cancer ou la consommation de tabac et d'alcool, qui sont le résultat des actions de prévention et de promotion de la santé et qui permettent de juger de l'efficacité du système. Il est important de préciser que ces indicateurs sont témoins de beaucoup d'autres actions comme la politique sociale, la démographie, le système de soins, néanmoins il n'existe pas à ce jour des indicateurs communément admis de l'efficacité de la prévention en santé. La couverture vaccinale des enfants pour la rougeole, la diphtérie, le tétanos et la coqueluche est de plus de 96% (26). Le taux de vaccination des personnes de plus de 65 ans est autour de 60% seulement (27), loin de l'objectif fixé par l'OMS, qui est 75% (28). La vaccination contre le papillomavirus (HPV) est conseillée chez les filles depuis 2008 et depuis peu chez les garçons. La couverture vaccinale, qui comprend deux doses, chez les filles âgées de 16 ans est de 37,4%, or l'objectif est d'atteindre 80% en 2030 (28). Au niveau des dépistage de cancer, en France 50% de femmes sont dépistées pour le cancer du sein or la moyenne des pays de l'OCDE est autour de 60% (29). La France est parmi les pays dont la population consomme le plus d'alcool en Europe avec 11,4L d'alcool pur par personne et par an, pour un objectif de consommation de 4,8L (30). Pour la consommation de tabac des adultes, la France est loin devant la moyenne des pays de l'OCDE (autour de 15%) avec 25% de la population de 15 ans et plus considérée comme fumeur (31).

Tableau 3: Indicateurs de santé France

Indicateurs de santé	France	Moyenne OCDE/ OMS Objectif pays/OMS
Espérance de vie (en années, 2022)	82,4 (24)	Moyenne OCDE : 81 (24)
Dépenses en santé en % du PIB (2022)	11,9% (25)	Moyenne OCDE (2019) : 8,8 % (32)
Consommation d'alcool en L d'alcool pur (2019)	11,44 L (30)	Moyenne OCDE : 8.7 L (33)
Tabagisme chez les adultes (2019)	25,5 (31)	Moyenne OCDE, 16.5 % (31)
Taux de vaccination chez les enfants (rougeole / diphtérie, tétanos, coqueluche, 2022)	96,4% (26)	OMS : 84%(34)
Taux de vaccination adulte contre la grippe > 65 ans (2022)	59,9 % (27)	Objectif OMS 75% (28)
Vaccination HPV (2019)	Programme national filles/ garçon (35), couverture vaccinale 37,4% (2 doses, filles âgées de 16 ans) (28)	Objectif France : 80% en 2030 (28) OMS : 21 %(34)
Dépistage cancer col de l'utérus (2019)	> 50% mais <70% (36)	Objectif OMS : 70% (37)
Dépistage cancer de sein (2019)	50% de femmes dépistées (29)	Moyenne OCDE 61%(38)

3. Structure

a) Gouvernance

(1) L'intégration de la prévention au sein de la politique de Santé et des structures en charge

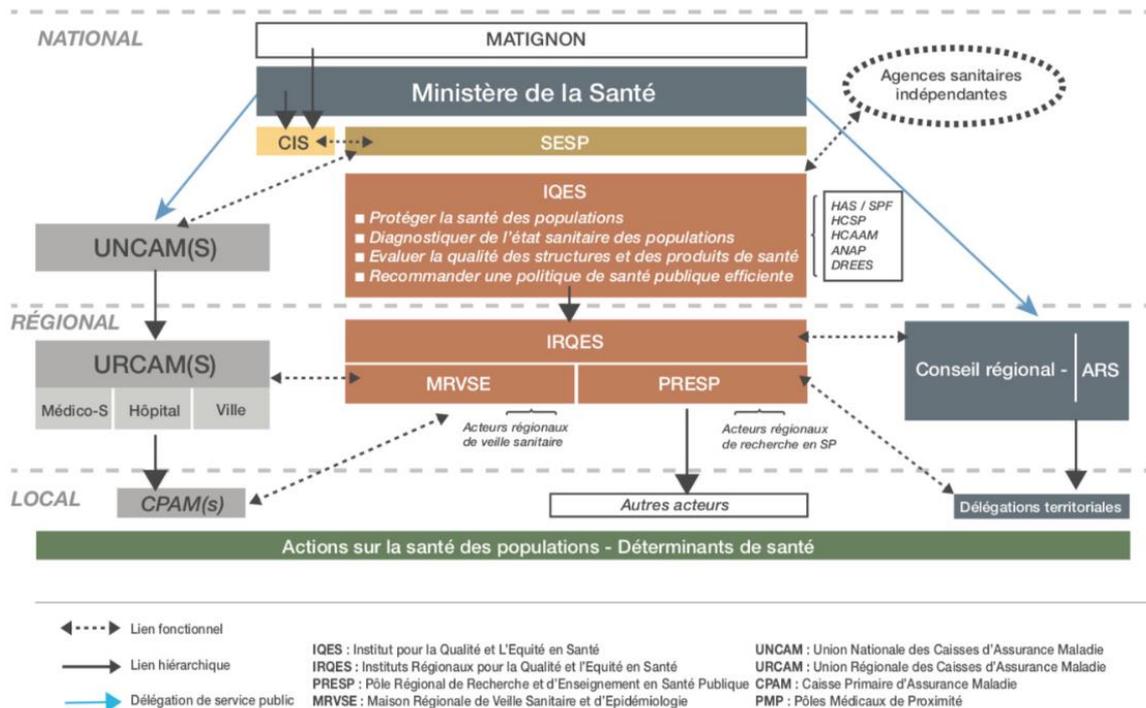


Figure 6: Schéma de la structure de gouvernance de la Santé en France (26)

La mise en place des actions de prévention ainsi que de promotion de la santé s'organise du niveau national vers les territoires. Comme l'illustre la figure au-dessus, au trois niveaux : national, régional et local. Les acteurs impliqués sont multiples. Le ministère de la Santé et de la Prévention définit la politique générale de santé publique et ses objectifs. Ensuite l'Agence régionale de Santé (ARS) coordonne et fait appliquer la politique globale au niveau régional. Les acteurs territoriaux se chargent de mettre en place la politique sur le terrain. C'est la loi HPST de 2009 « hôpital, patients, santé et territoires » qui a abouti à la création des ARS en cherchant une décentralisation. Les ARS ont pour but de mieux adapter la politique nationale aux besoins régionaux (39). L'intention est de rapprocher les instances locales qui mettent en place les programmes de santé afin que celles-ci soient au plus près des acteurs territoriaux.

L'ARS interagit avec des acteurs locaux via des projets de santé mis en place à l'initiative de ces derniers. Ces projets réunissent souvent plusieurs acteurs.

La promotion de la santé et la prévention font intégralement partie des initiatives de la politique de Santé publique. Cette approche se reflète à travers les objectifs définis dans la Stratégie nationale de santé (SNS) ainsi que dans le Plan national de santé publique (PNSP). Notamment, la Stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022 a marqué une évolution significative en plaçant la prévention au cœur de ses priorités. Cette stratégie s'est structurée autour de quatre principaux axes :

- 1. Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie ;
- 2. lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ;
- 3. garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours santé ;
- 4. innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers.

Parmi les défis identifiés dans la Stratégie nationale de santé 2018-2022, figurent l'établissement d'une politique de prévention accessible à tous et la réduction des disparités sociales et géographiques dans l'accès aux soins de santé (40). Cette stratégie, qui s'étend sur une période de cinq ans, aspire à être globale, interministérielle et transversale, bien que la mise en œuvre pratique de ses mesures demeure insuffisamment élaborée (4). Dans le cadre de cette stratégie, diverses actions de prévention et de promotion de la santé sont déployées au niveau national, telles que les programmes de dépistage organisé pour des maladies comme le cancer du sein, du côlon et du col de l'utérus, ainsi que l'initiative "Mois sans tabac". Des incitations financières sont également mises en place pour encourager les professionnels de la santé à mettre en œuvre des actions au niveau local, notamment par le biais de contrats spécifiques favorisant la collaboration entre les professionnels de la santé, comme l'Action de santé libérale en équipe (Asalée) ou les CPTS.

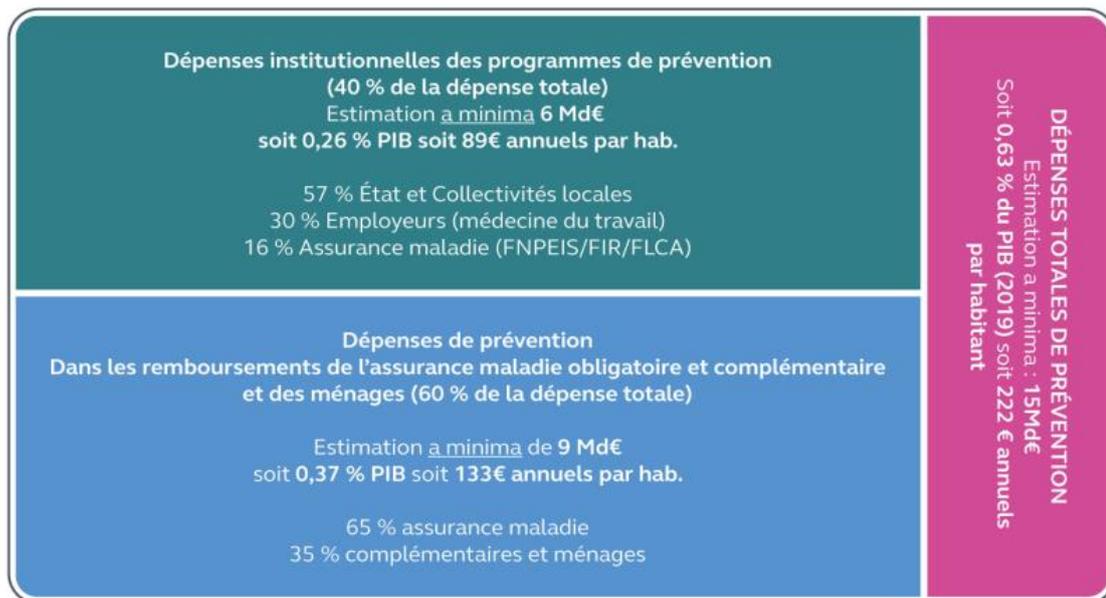
Le PNSP accompagne la stratégie de santé en citant des actions à mettre en place plus précises, néanmoins ce plan ne définit pas d'indicateurs de résultats précis attendus. D'autres plans comme le Programme National Nutrition Santé (PNNS), le Plan logement, le Plan national de réduction de tabagisme, sont cités mais aucune articulation ou collaboration n'est défini. (4) Par exemple l'un des objectifs du plan est « se libérer des addictions », les actions proposées sont de passer d'un forfait d'aide au sevrage tabagique de 150 euros par an et par assuré à un remboursement normalisé des substituts nicotiniques. Le but est de réduire les inégalités d'accès en harmonisant les prix sur le territoire. Il est d'autre part proposé d'élargir l'offre de service en matière d'aide à l'arrêt du tabac en mobilisant des acteurs en charge de la jeunesse, de la maternité, de la santé universitaire par exemple des Centres de protection maternelle et infantile (PMI) ou des Services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS). Si les acteurs sont identifiés, aucune mesure d'efficacité n'est prévue, aucun lien n'est défini avec le Plan national de réduction de tabagisme (41).

b) Conditions économiques

(1) *La part de la prévention dans les dépenses pour la santé, le mode de financement, le mode de rémunération des actes de prévention*

Le financement étant segmenté entre plusieurs instances, il est difficile d'identifier exactement la part pour la prévention. La part du PIB estimé est de 0,63% (25). La Cour des Comptes estime que la France a dépensé en prévention 15 milliards d'euros à minima en 2016. Il y a deux types de dépenses :

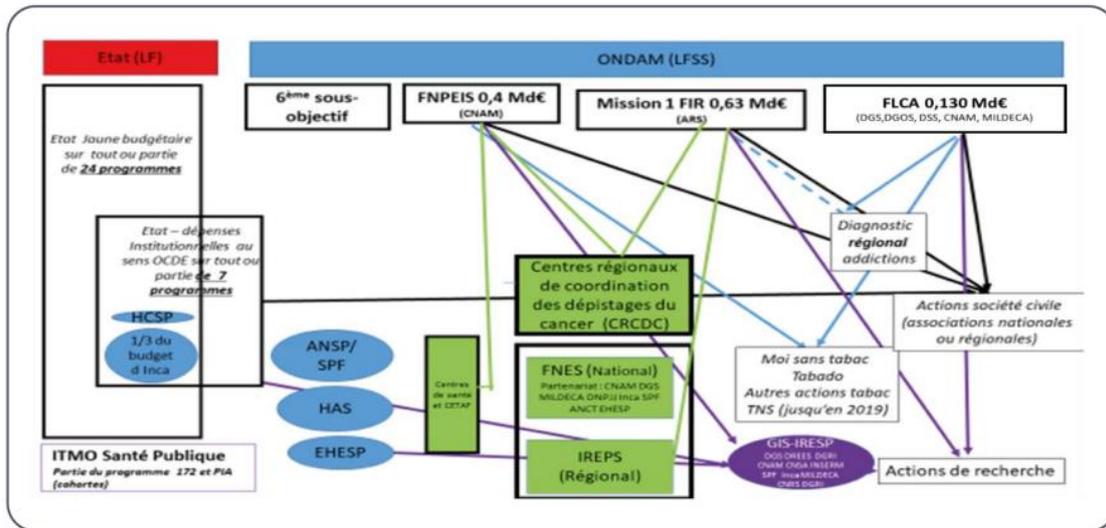
- les programmes institutionnels de prévention, estimés à six milliards d'euros
- les actes de prévention remboursés, estimés à neuf milliards d'euros (4).



Source : Cour des comptes d'après annexe 7 PLFSS et Panorama des comptes de la santé (Drees) - Édition 2018

Figure 7: La répartition des dépenses de prévention entre les programmes institutionnels et les prises en charge préventives dans le système de soins (6)

Comme l'illustre la Figure 7, le système de financement de la prévention est complexe et peu lisible. Il est difficilement séparable du financement de la santé curative (4). La prévention est majoritairement financée par l'Etat et l'Assurance maladie, cependant une partie des actes de prévention peuvent être à la charge du patient (4). Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et Moyens (Cpom) est signé entre le ministère de la Santé et chaque ARS. Au sein de celui-ci est déterminé le financement alloué à la prévention. Par ailleurs, au niveau régional, il existe des contrats qui concernent les objectifs entre l'ARS ou l'Assurance maladie, et des professionnels de santé ou les structures regroupant des professionnels de santé. Ces contrats sont conclus à l'initiative des professionnels de santé (28).



Source : Cour des comptes

Note : seules les principales actions entrant dans le champ de la prévention des maladies chroniques analysées dans cette enquête ont été représentées ; en revanche les montants indiqués sont ceux globaux sans distinction, faute de connaître cette précision

Figure 8: Les principaux financement d'actions et de structures de prévention (6)

Il y a trois types de rémunération des professionnels de santé en France : à l'acte, forfaitaire et à la performance. Par exemple, en 2016, le paiement à l'acte constitue 86,6 % de la rémunération des médecins généralistes, tandis que 9% de leur rémunération découle des paiements forfaitaires et 4,4% des paiements à la performance (42). Les conventions signées entre les professionnels de santé et l'assurance maladie, établies au niveau national, déterminent la rémunération de certains actes techniques relevant de la prévention, comme la vaccination et le dépistage. Elles comprennent depuis 2011 un volet prévention et une part de Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (Rosp). Les actes typiques de prévention ne représentent finalement que 1,15 % de la rémunération globale des médecins de ville (4).

Les structures de santé pluriprofessionnelles, telles que les CPTS ou les MSP, établissent une convention en partenariat avec l'ARS. Elles sont éligibles à divers programmes de financement soutenus par l'État, notamment le paiement à l'équipe de professionnels de santé en ville (Peps) et les incitations à une prise en charge partagée (Ipep), qui sont des mesures expérimentales. À titre d'exemple, l'initiative de coopération Asalée, dont les détails seront précisés ultérieurement, a bénéficié d'un financement expérimental entre 2013 et 2015 dans le cadre des Expérimentations des

nouveaux modes de rémunération (ENMR) (43). La création des CPTS est encouragée par le financement via l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI), le contrat tripartite signé entre UNCAM et les CPTS.

c) Des professionnels de soins et des structures impliqués dans la prévention

Un grand nombre d'actes de prévention est assuré par le médecin généraliste. Néanmoins les autres professionnels de soins au contact proche de la population, les infirmiers, les pharmaciens ou les dentistes jouent aussi un rôle dans la prévention. Depuis 2007 il y a une volonté politique de regroupement des professionnels de santé dans des structures pluridisciplinaires. Néanmoins à la base de ces organisations est l'initiative des acteurs. Diverses structures de SSP sont en place, notamment des équipes de soins primaires telles que les centres de santé, les CPTS, et les MSP. En outre, on compte des entités comme les maisons sport santé et les centres de planning familial. Ces structures doivent mettre en place des projets liés à la prévention pour avoir accès aux encouragements financiers de l'Etat. Les MSP sont des structures de soins primaires qui regroupent des professionnels tels que : des médecins généralistes ou spécialistes, des sage-femmes, des dentistes, des infirmiers et des paramédicaux, qui exercent de manière coordonnée au sein d'un même lieu (23). Les CPTS se sont des groupes de professionnels de santé qui exercent de manière coordonnée sur un territoire et s'unissent dans le cadre d'un projet commun autour d'une problématique de santé, qui peut notamment être une problématique liée au domaine de la prévention. L'activité des CPTS est définie par l'ACI. Ces communautés interagissent avec des acteurs locaux comme l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé (Irpes), l'Association Addictions France ou le Planning familial, qui agissent en amont du parcours de soins. Ces interventions communes permettent d'intervenir auprès des populations ciblées, comme les familles, les jeunes ou auprès de la population générale (4).

Créé en 2004 par une initiative de collaboration au niveau régional en tant que dispositif expérimental, leur rôle est l'accompagnement du patient grâce à une collaboration entre le médecin et l'infirmière, permettant une prise en charge plus efficace et plus globale, mais également facilitant l'établissement d'un dialogue entre les professionnels de santé. L'infirmière sera responsable de l'éducation thérapeutique du patient, de l'exécution des tâches liées à la prévention secondaire, telles que le dépistage du surpoids chez les adolescents, ainsi que de l'accompagnement pour le sevrage tabagique. De plus, elle assurera des soins tertiaires pour les patients diabétiques et ceux à risque cardiovasculaire. Le but est d'améliorer la communication entre les professionnels ainsi que le suivi des patients (33). Leurs types d'exercice sont variables : les infirmières peuvent exercer à temps plein ou partiel au sein de l'association, avec un statut salarial ou bien libéral. Les lieux d'exercice sont également multiples : auprès des médecins au sein des cabinets, dans une MSP ou un centre de santé. Le dispositif se développe particulièrement au sein des MSP (46).

Le statut des infirmières de pratique avancée (IPA) a été créé par le Décret n° 2019-835 du 12 août 2019 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et à sa prise en charge par l'Assurance maladie (47). Ces infirmières ont des nouveaux rôles dans le suivi des patients atteints de maladies chroniques mais aussi dans la prévention d'un certain nombre de pathologies. Pour pouvoir obtenir ce statut il faut avoir au moins trois ans d'expérience, avoir suivi une formation universitaire reconnue au grade de master en plus d'avoir obtenu son diplôme d'état. Les IPA peuvent exercer au sein des équipes de soins primaires coordonnées par un médecin (par exemple une maison de santé), un établissement de santé ou médico-social, mais aussi hors du cadre des SSP (en assistance à un médecin spécialiste, à l'hôpital des armées, au sein d'une équipe coordonnées par un médecin). Parmi les nouvelles missions, on trouve celle de la prise en charge des pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires. (48) En 2019, grâce au "décret sur la pratique infirmière avancée et son remboursement par l'assurance maladie", des infirmiers se sont vu accorder des droits de prescription particuliers. Cela inclut la possibilité de prescrire des médicaments qui ne nécessitent pas de prescription obligatoire, ainsi que des examens biologiques énumérés dans une liste établie par le ministre de la santé.

Les infirmières peuvent également adapter et renouveler les prescriptions concernant les pathologies qu'elles sont habilitées à suivre (47).

Parmi les acteurs de santé, on retrouve également les pharmaciens. Ceux-ci sont en permanence au contact des patients et ont une place privilégiée dans le parcours de soin notamment concernant l'exercice de la prévention. Ils ont des nouveaux rôles comme la vaccination depuis 2019, la prévention de l'antibiorésistance avec le dépistage de l'angine à streptocoque à l'aide des tests de diagnostic rapide de l'angine (TROP). Les conseils hygiéno-diététiques des patients fait partie de leurs tâches habituelles. L'ARS confie aux pharmaciens d'officine des compétences en matière de prévention : le dépistage du risque cardiovasculaire en officine, télémédecine, entretiens pharmaceutiques (49). Le décret du 28 mai 2021 permet la désignation par le patient d'un pharmacien correspondant. Celui-ci, dans le cadre d'une structure d'exercice coordonnées, devrait avoir la capacité de renouveler le traitement ou d'ajuster la posologie, en accord avec le prescripteur (50).

Certaines actions mises en place dans le cadre de la stratégie de santé publique permettent de libérer du temps aux professionnels de santé et ont pour but de les encourager à mettre en place des actions de prévention, d'autres, encouragent l'exercice pluriprofessionnel et la communication entre les professionnels. Par exemple, le rôle d'assistant médical est créé pour gérer les tâches administratives, déchargeant ainsi les professionnels de santé qui sont dépassés par la quantité du travail administratif qui les empêche de se concentrer sur leur exercice. Le projet « Mon espace santé » devrait permettre de regrouper les informations sur les patients, et a pour but d'améliorer la communication entre les professionnels et le suivi de patient (18). Historiquement, l'exercice des professionnels est très cloisonné mais l'exercice collaboratif se développe. Pour inciter des acteurs à prendre l'initiative de collaboration, les protocoles nationaux de coopération sont créés par le ministère, le principe est de déléguer des tâches d'un professionnel à l'autre (délégrant/délegué, ex médecin/infirmière) (51). Le service sanitaire et le stage hospitalier durant les études de santé permettent d'établir les bases de la communication entre les futurs professionnels de santé.

4. Processus

(1) L'accès à la prévention au niveau géographique, son accessibilité au niveau financier pour le patient et l'adhésion des professionnels de santé à l'exercer

La première expérience de la prévention peut avoir lieu dans de multiples contextes. Elle peut avoir lieu chez le médecin, lors de la rencontre de tout autre professionnel de santé, ou encore au travers des multiples actions menées par Santé Publique France et les ARS en local. Les plateformes regroupant des actions de prévention peuvent aussi être consultées par des professionnels de soins: Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé (Oscar) ou Répertoire des interventions efficaces ou prometteuses en prévention et promotion de la santé (52). Il n'y pas de parcours de prévention défini à proprement parler, il suit le parcours de soins au sein des soins primaires et est assuré par les mêmes professionnels et sont gérés par les mêmes instances. Les déserts médicaux impactent l'accès aux soins et à la prévention. Ce parcours rencontre des difficultés dans les déserts médicaux, où l'accès aux soins est plus complexe. Dans la base de données Oscar on peut voir que des actions sont adaptées de manière hétérogène par les régions (4). La télémédecine, présentée comme une des solutions à ces inégalités, s'est beaucoup développée en France depuis le covid.

(2) La continuité et la coordination de la prise en charge de la prévention au sein des soins primaires

Même si le système des soins primaires en France prévoit une continuité de prise en charge, il connaît de nombreux freins. Les ruptures de la prise en charge, comme l'attente pour prendre un rendez-vous au laboratoire ou chez un spécialiste, en sortant de chez le médecin, poussent le patient à renoncer à consulter ou à se faire vacciner ou dépister et à aller au terme de la démarche de prévention. Le point crucial pour une prise en charge continue est la transmission de l'information entre les différents acteurs dans ce parcours. L'idée d'un dossier informatisé médical accessible à tous les professionnels de soins n'est pas nouvelle. Le dossier médical partagé (DMP), lancé par l'Assurance maladie en 2011, était une tentative d'améliorer le suivi du patient en assurant la continuité d'information entre les professionnels.

Sa mise en place a cependant rencontré quelques difficultés : hétérogénéité des systèmes informatiques entre les différents acteurs, de plus la création du dossier devait être demandée par le patient. Mon espace santé a remplacé ce projet. L'exercice pluriprofessionnel est propice à la continuité d'information et au parcours de patients. Par exemple au sein d'une CPTS, le praticien peut lui prescrire de l'activité physique en l'orientant vers un programme de prévention qu'il eût pu exercer au sein d'un centre sport santé. Si par la suite cette activité sportive devient une habitude chez ce patient nous avons une continuité entre la prévention et les soins. Un autre exemple est l'association Asalée où nous avons un encadrement de patient par un médecin et une infirmière qui sont en contact et partagent la prise en charge du patient (45).

Un dernier obstacle à la continuité du parcours de prévention est le coût que celle-ci peut engendrer. Pour cela, les personnes n'ayant pas les ressources pour avancer les frais ou avoir une complémentaire santé, vont avoir accès à la complémentaire santé solidaire qui est financée par l'assurance maladie. De ce fait, ils n'avancent pas les frais à l'acte. Néanmoins il n'existe pas de modulation tarifaire des actions de prévention en direction des personnes pour des personnes socialement défavorisées (4).

C. Canada (Québec)

1. Introduction

Au Canada les pouvoirs sont répartis entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux. Les provinces ont un grand pouvoir décisionnel. Historiquement, les SSP au Canada suivent le modèle professionnel non hiérarchisé, l'organisation des SSP se fait à l'initiative d'acteurs (7). Ce système, très décentralisé, est en recherche d'une recentralisation pour diminuer les inégalités qui existent entre les territoires actuellement. La politique de santé se base sur une meilleure répartition des tâches entre les professionnels de santé, sur le développement de la e-santé et du dossier informatique. Le système de santé est en grande partie financé par l'Etat (14). Au cœur des soins primaires se situent le médecin généraliste mais aussi l'infirmière, le pharmacien, les structures pluridisciplinaires publiques ou privées, regroupant les professionnels de santé, comme les centres locaux de service communautaires (CLSC) ou les groupes de médecins de famille (GMF).

2. Indicateurs de santé

Le Canada a une espérance de vie de 81,7 ans en moyenne, ce qui la place très haut dans l'échelle de longévité par rapport à la plupart des pays (24). Les dépenses de santé représentent 11,2 % du PIB en 2022, ce qui la place parmi les pays aux dépenses en santé élevées (25). La couverture vaccinale des enfants pour la rougeole, la diphtérie, le tétanos et la coqueluche est de plus de 91% (26) et le taux de vaccination des personnes de plus de 65 ans est autour de 64,7% (27). La vaccination contre le papillomavirus (HPV) est conseillée chez les filles depuis 2008 et depuis 2016 elle est conseillée aux enfants des 2 sexes. Au niveau du dépistage du cancer, le Canada est à 62% de femmes dépistées pour le cancer du sein, ce qui est supérieur à la moyenne des pays de l'OCDE qui est autour de 60% (29). Les Canadiens ne consomment relativement pas beaucoup d'alcool en comparaison aux pays occidentaux. La consommation est de 8L d'alcool pur par personne (30). Concernant la consommation de tabac des adultes le Canada est en dessous de la moyenne des pays OCDE (16,5%) avec 15,5% de population de 15 ans et plus (53).

Tableau 4: Indicateurs de santé au Canada

Indicateurs de santé	Canada	Moyenne OCDE/ OMS Objectif pays/OMS
Esperance de vie (en années,2022)	81,7 (24)	Moyenne OCDE : 81 (24)
Dépenses en santé en % du PIB (2022)	11,2 % (25)	Moyenne OCDE (2019) : 8,8 % (32)
Consommation d'alcool en L d'alcool pur (2019)	8 L (30)	Moyenne OCDE : 8.7 L (33)
Tabagisme chez les adultes (2019)	15,5% (30)	Moyenne OCDE, 16.5 % (31)
Taux de vaccination enfant (rougeole, diphtérie, tétanos, coqueluche, 2022)	91% (26)	OMS : 84%(34)
Taux de vaccination adulte contre la grippe > 65 ans (2022)	64,7 % (27)	Objectif OMS 75%
Vaccination HPV (2019)	Programme national filles et garçons (35)	OMS : 21 %(34)
Dépistage cancer du col de l'utérus (2019)	>70% (36)	Objectif OMS : 70% (37)
Dépistage cancer de sein (2019)	62% (29)	Moyenne OCDE 61%(38)

3. Structure

a) Gouvernance

(1) L'intégration de la prévention au sein de la politique de Santé et des structures en charge

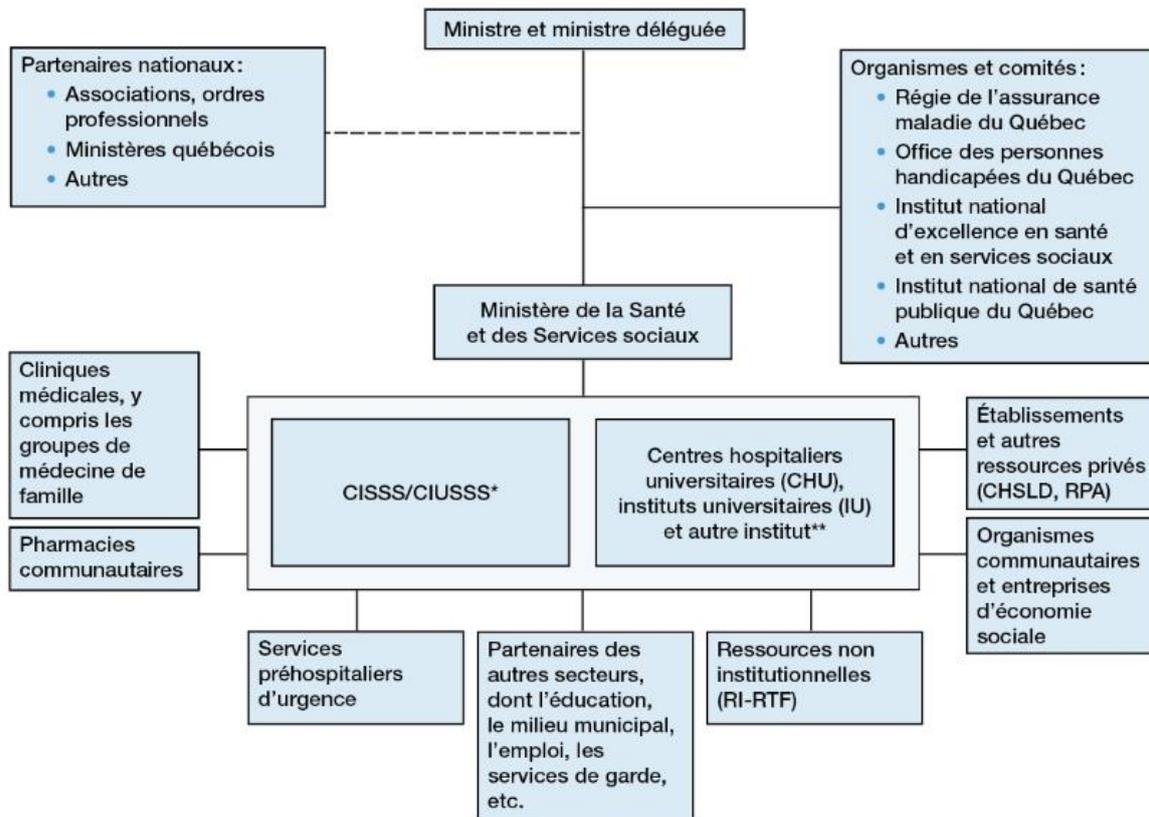


Figure 10: Structure de système de santé et de services sociaux au Québec (48)

Au niveau structural, la réforme de 2015 (Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux) a abouti à la modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de santé et des services sociaux. Les Agences Régionales de Santé et des Services Sociaux (ASSS) ont été supprimées au profit d'un système à deux paliers (54) :

- Le niveau fédéral est représenté par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), il définit la politique globale via notamment le « Programme National de Santé Publique » (PNSP).

- Au niveau local, les directives sont mises en application et coordonnées par des Centres Intégrés de Santé et des Services sociaux/ Centres Intégrés Universitaires de santé et des Services sociaux (CISSS/CIUSSS). Ces centres pluridisciplinaires (composés de médecins, infirmiers, pharmaciens, dentistes, diététiciens, psychologues, ...), permettent alors l'organisation, la coordination et la prestation de la prévention et de la promotion sur un territoire donné(17).

Par ailleurs, à la suite de cette réforme, les Directions Régionales de Santé Publique (DRSP) en charge de prioriser les activités du PNSP et répartir le budget au niveau régional sont désormais hébergées au sein des CISSS/CIUSSS. Au total, il existe 22 CISSS/CIUSSS pour 18 régions socio-sanitaires : donc dans 3 de ces territoires les DRSP sont hébergés au sein d'une CISSS/CIUSSS ont la charge d'autres CCISS du territoire.

Le programme national de santé publique de 2003-2012 a introduit l'intégration des Pratiques Cliniques Préventives (PCP). Ces pratiques constituent un ensemble d'interventions menées par un professionnel de la santé auprès d'un patient. Elles comprennent le Conseil sur les habitudes de vie, le Dépistage des maladies ou des facteurs de risque, la vaccination, le Chimio prophylaxie (prescription de médicament à visée préventive)(55).

Le PNSP de 2015-2025, en continuité avec cette introduction des PCP, se concentre sur la promotion, la prévention, et la protection de la santé. Les axes développés dans cette politique sont :

- La surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants
- Le développement global des enfants et des jeunes
- L'adoption de modes de vie et la création d'environnements sains et sécuritaires
- La prévention des maladies infectieuses
- La gestion des risques et des menaces pour la santé et la préparation aux urgences sanitaires (56).

En plus de la place dédiée au sein de la politique de la santé publique, une politique dédiée spécialement à la prévention est mise en place. La politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS) 2015 - 2025 a une durée de 10 ans et est le fruit de la collaboration de plusieurs ministères. Ses orientations sont :

- le développement des capacités des personnes dès leur plus jeune âge,
- l'aménagement des communautés,
- l'amélioration des conditions de vie qui favorisent la santé,
- le renforcement des actions de prévention dans le système de santé (57).

De même que pour la PNSP, pour soutenir la mise en application de cette politique de prévention, un Plan d'action interministériel (PAI) est élaboré et devient le versant concret de la politique de la prévention. Il est créé par différentes parties concernées sous la coordination du MSSS. Ce plan décrit des actions à mettre en place avec des objectifs précis. Le financement et les parties responsables de tel ou tel objectif sont identifiés.

N°	Nom des actions	Porteurs	Résultats attendus	Extraits d'indicateurs de résultats
1.4.8	Développer et déployer des activités de sensibilisation et de réflexion critique abordant les thèmes de l'image corporelle, de la préoccupation à l'égard du poids et de la relation avec la nourriture, dans les écoles secondaires.	MSSS	Des intervenants formés pour sensibiliser les adolescents à une image corporelle positive et à une relation saine avec la nourriture.	Nombre d'intervenants formés pour animer des activités de sensibilisation et de réflexion critique abordant les thèmes de l'image corporelle, de la préoccupation à l'égard du poids et de la relation avec la nourriture.
1.4.9	Réaliser des projets porteurs favorisant un mode de vie physiquement actif chez les élèves du préscolaire, du primaire et du secondaire et déterminés régionalement en concertation avec le milieu scolaire et ses principaux partenaires.	MEQ	Les élèves du préscolaire, du primaire et du secondaire bénéficient d'une offre de projets favorisant un mode de vie physiquement actif.	Nombre de projets soutenus.
1.4.10	Soutenir le développement, le déploiement et la promotion des programmes permettant de favoriser la pratique régulière d'activités physiques chez les adolescentes.	MEQ	Les adolescentes bénéficient de programmes adaptés à leurs besoins et à leurs intérêts favorisant ainsi la pratique régulière d'activités physiques.	Nombre d'adolescentes participantes.
Objectif 1.3 : Améliorer la capacité des personnes à prendre soin de leur santé et de celle de leurs proches				
Mesure 1.5 : Implanter une stratégie visant à améliorer les connaissances et les compétences des personnes en matière de prévention en santé				
1.5.1	Soutenir la réalisation de projets visant une meilleure prise en compte de la littératie en santé pour fournir une information plus facilement accessible et compréhensible et ainsi renforcer l'autonomie des personnes et leur capacité à prendre en charge leur santé.	MSSS	Des organisations et des personnes mieux sensibilisées et outillées à l'égard de la littératie en santé.	Pourcentage d'organisations et de personnes rapportant être mieux sensibilisées et outillées à la suite de la réalisation des projets
1.5.2	Concevoir une approche intégrée pour soutenir l'habilitation de la personne et le développement des compétences liées à l'autogestion, dans le cadre du continuum de prévention et de gestion des maladies chroniques.	MSSS	Le personnel professionnel de la santé et des services sociaux est mieux outillé pour soutenir les patients dans l'autogestion des maladies chroniques.	Nombre de personnes professionnelles ayant terminé la formation.
ORIENTATION 2 : L'AMÉNAGEMENT DE COMMUNAUTÉS ET DE TERRITOIRES SAINS ET SÉCURITAIRES				
Objectif 2.1 : Améliorer la qualité de vie dans les communautés				
Mesure 2.2 : Favoriser les actions du milieu visant à maintenir et à améliorer la qualité de vie dans les communautés				
2.2.1	Assurer la mise en place d'initiatives régionales et locales contribuant à la création de milieux de vie favorables à la santé et à la qualité de vie, avec le soutien du Collectif TIR-SHV.	MSSS	Des initiatives favorisant la santé déployées dans toutes les régions.	Nombre d'activités réalisées en collaboration avec les milieux de la petite enfance, scolaire, municipal et communautaire.

Figure 11: Exemple d'actions prévues et des résultats attendus par le PAI (45)

Le premier PAI pour la PGPS 2015-2025 a une durée de 4 ans (2017-2021), un bilan est fait fin 2021 et un nouveau PAI est mis en place en fonction des résultats obtenus (58). Le suivi de l’atteinte des cibles est réalisé par le Bureau de coordination et de soutien (BCS) de la PGPS du MSSS. Le nouveau bilan de suivi va être fait en 2025 pour mieux évaluer l’apport des actions du premier et du deuxième PAI (58).

De plus, la politique au Québec porte une attention particulière aux inégalités sociales de santé (ISS). On le voit à travers le document créé par le MSSS, en collaboration avec l’Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), “Réduire les vulnérabilités et les inégalités sociales : tous ensemble pour la santé et le bien-être”. Ce document est une réflexion sur les méthodes pour diminuer les ISS, il rappelle que la politique au Québec contre les ISS a porté ses fruits et est un succès comparé aux autres provinces (59).

b) Conditions économiques

(1) La part de la prévention dans les dépenses pour la santé, le mode de financement, le mode de rémunération des actes de prévention

Au Québec, pour l’année 2018-2019, le budget total du MSSS était de 43,2 milliards de dollars, 349 millions de dollars étaient consacrés à la santé publique, ce qui représente 0,8 % du budget total du MSSS (17). Dans le PGPS 2022-2025, pour tous les ministères impliqués, le budget est de 120 millions de dollars (58).

Ministères	2022-2023	2023-2024	2024-2025	Total 2022-2025
Ministère de la Santé et des Services sociaux	26 746 000 \$	25 943 000 \$	25 258 000 \$	77 947 000 \$
Ministère de l’Éducation du Québec	6 225 000 \$	6 175 000 \$	6 325 000 \$	18 725 000 \$
Ministère de l’Agriculture, des Pêcheries et de l’Alimentation	2 700 000 \$	2 650 000 \$	2 650 000 \$	8 000 000 \$
Ministère des Transports du Québec	2 000 000 \$	2 100 000 \$	2 200 000 \$	6 300 000 \$
Ministère du Tourisme	500 000 \$	1 000 000 \$	1 500 000 \$	3 000 000 \$
Ministère du Travail, de l’Emploi et de la Solidarité sociale	505 000 \$	600 000 \$	600 000 \$	1 705 000 \$
Ministère de la Culture et des Communications	500 000 \$	500 000 \$	500 000 \$	1 500 000 \$
Ministère de la Famille	300 000 \$	400 000 \$	400 000 \$	1 100 000 \$
Ministère de l’Enseignement supérieur	325 000 \$	325 000 \$	325 000 \$	975 000 \$
Ministère du Conseil exécutif – Secrétariat à la jeunesse	199 000 \$	307 000 \$	242 000 \$	748 000 \$
TOTAL	40 M\$	40 M\$	40 M\$	120 M\$

Figure 12: Cadre financier par ministère et par l’année du PGPS (2015-2025) (45)

	SANTÉ	BIEN-ETRE SOCIAL
FÉDÉRAL	<ul style="list-style-type: none"> - contribution aux programmes provinciaux de santé - services de santé pour les autochtones - formulation de normes générales nationales - financement de la recherche - promotion et protection de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> - grands programmes de soutien du revenu - partage des coûts des programmes provinciaux
PROVINCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - régime universel d'assurance- hospitalisation et d'assurance-soins médicaux - soins dentaires et médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> - programmes d'assistance et des services sociaux - indemnisation accidentés du travail
MUNICIPAL	<ul style="list-style-type: none"> - santé publique et hygiène - administration d'hôpitaux 	<ul style="list-style-type: none"> - certains programmes d'assistance sociale et certains services sociaux

Figure 13: Financement de la santé au niveau fédéral, provincial et municipal (60)

Globalement au Canada, le financement de la santé est réparti entre le niveau fédéral, provincial et municipal. Les détails de cette répartition sont renseignés dans le tableau ci-dessous. Pour le Québec, la répartition se fait sur deux niveaux : au niveau provincial et municipal. Une grande partie des dépenses de santé est couverte par l'État, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et une part privée : reste à charge du patient peut être couvert par l'employeur ou les assurances privés.

Au Québec, le financement de la santé publique, y compris les initiatives de prévention, est géré par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). La responsabilité de la gestion des fonds dédiés à la santé publique repose sur la Direction Régionale de Santé Publique (DRSP).

Les actions concrètes sont mises en œuvre par les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Le MSSS a également la possibilité d'allouer un financement direct aux CISSS/CIUSSS. L'attribution des ressources se fait en conformité avec le Plan National de Santé Publique (PNSP) ainsi que le Plan d'action régional (PAR) ou le Plan d'action intégré de santé publique (PARI)) (17).

De manière générale, les médecins généralistes exerçant en cabinet vont être rémunérés à l'acte selon les barèmes négociés avec le gouvernement provincial et territorial. Des médecins travaillant dans les hôpitaux ou des centres de santé peuvent avoir le statut de salarié ou un statut mixte. Il y a aussi un paiement à la performance, c'est le cas par exemple pour le traitement plus efficace des maladies chroniques (14).

Des structures pluri professionnelles peuvent être publiques comme les CISSS/CIUSSS ou bien en exercice libérale comme des Groupes de médecins de famille (GMF), avec une rémunération à l'acte et des subventions de l'Etat. Les GMF peuvent conclure un contrat avec des instances locales de santé, afin d'augmenter l'offre de services (c.-à-d'heures d'ouverture étendues) en échange d'un financement public supplémentaire (des équipements informatiques, les salaires des infirmières et d'agents administratifs) (20).

c) Des professionnels de soins et des structures impliqués dans la prévention

Dans les soins primaires on retrouve des médecins de ville, des infirmiers, des pharmaciens ainsi que des paramédicaux, qui exercent de manière autonome ou dans des structures pluridisciplinaires. Il existe globalement deux types de structures :

- les Centres locaux des services communautaires (CLSC) appartenant aux CISSS/CIUSSS (61).
- Les groupes de médecins de famille (GMF) qui sont des cabinets pluridisciplinaires de taille moyenne pluridisciplinaires (62).

Dans ces structures, les infirmiers vont avoir une place primordiale au niveau de la prise en charge du patient et de la prévention. Les CLSC offrent des services de santé et des services sociaux courants, de nature préventive ou curative, et des services de réadaptation ou de réinsertion. Dans ces structures des postes clés sont créés ICPC (Infirmier-conseil en prévention clinique) par exemple, ou et le poste de facilitateur pour aider sur les tâches administratives (61).

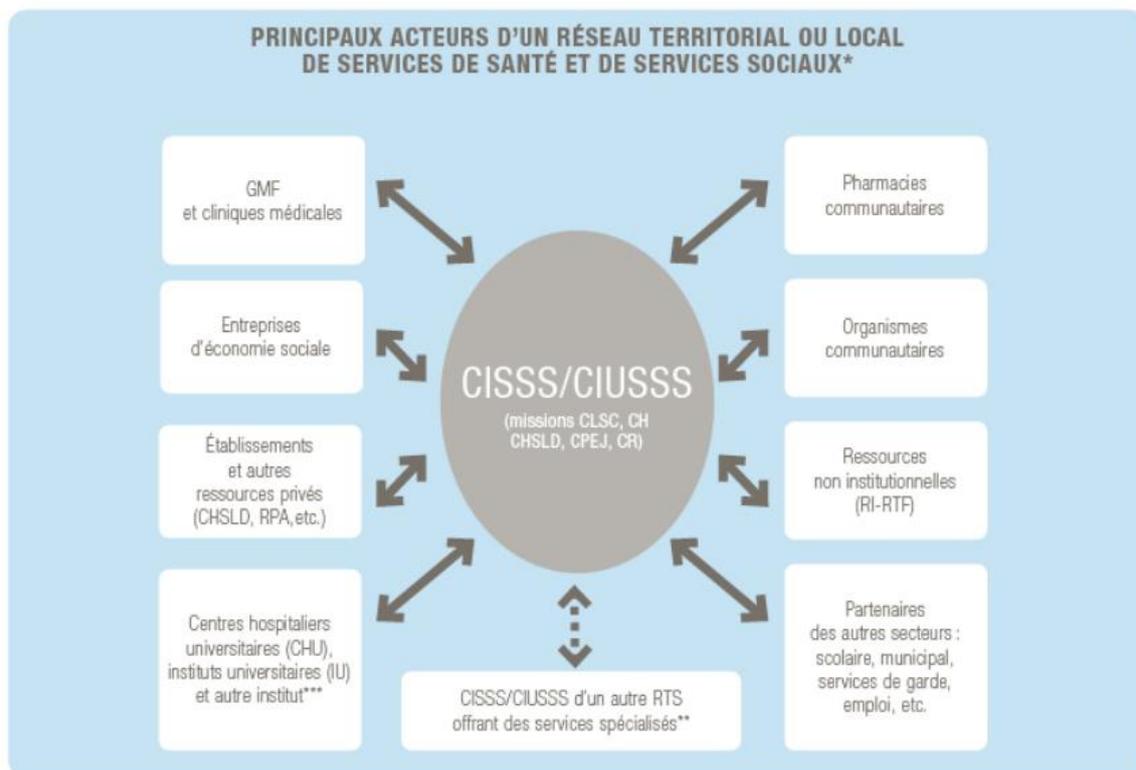


Figure 14: Principaux acteurs d'un réseau territorial ou local de services de santé et de services sociaux (63)

Abréviations correspondant à la figure 14 : CH : centre hospitalier, CHSLD : centre d'hébergement et de soins de longue durée, CISSS : centre intégré de santé et de services sociaux, CIUSSS : centre intégré universitaire de santé et de services sociaux, CLSC : centre local de services communautaires, CPEJ : centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, CR : centre de réadaptation, GMF : groupe de médecine de famille, RI et RTF : ressource intermédiaire et ressource de type familial, RPA : résidence privée pour aînés

La Figure 14 explicite le fait que l'intégration territoriale des services de santé et des services sociaux est favorisée par la mise en place de réseaux territoriaux de santé et de services sociaux (RTS). Ceux-ci visent à assurer des services de proximité et leur continuité.

Les CISSS ou les CIUSSS ont la charge de développer et de faire fonctionner les réseaux locaux de services (RLS) au sein de son RTS (63). Le centre intégré et ses partenaires assurent collectivement l'offre de services correspondant aux besoins de la population du territoire de manière à améliorer la santé et le bien-être de cette population. Le modèle repose en outre sur le principe de hiérarchisation des services, lequel facilite la complémentarité des services et le cheminement des personnes entre les services de première, de deuxième et de troisième ligne (63).

Les pharmaciens communautaires au Québec ont des multiples rôles dans la prévention. Ils peuvent vacciner depuis 2020 (64). En plus du rôle dans le conseil et l'orientation de patients dans le parcours de soins ils ont le droit de prescription pour une liste définie de médicaments et ils peuvent aussi changer la prescription du praticien s'il la juge nécessaire (19). Les pharmaciens peuvent exercer dans les cliniques ou centres communautaires en collaboration avec d'autres professionnels de soins.

4. Processus

(1) L'accès à la prévention au niveau géographique, son accessibilité au niveau financier pour le patient et l'adhésion des professionnels de santé à l'exercer

Le territoire de Québec est découpé en 18 territoires de santé et 22 CISSS, chaque CISSS intègre un CLSP. Les centres tels que les CLSP et les GMF sont essentiels pour répondre aux besoins de la population en raison de leurs horaires flexibles et de leur approche pluridisciplinaire (17). Néanmoins les inégalités territoriales d'accès aux SSP persistent.

L'accès à la prévention se fait par le biais des professionnels de santé. Les infirmiers spécialisés ainsi que des pharmaciens communautaires prennent en charge des actes de prévention. Les actions décrites dans la PAI témoignent de nombreuses collaborations mises en place depuis 2015 entre les différents partenaires gouvernementaux, régionaux et locaux venant de domaines différents comme l'éducation, le logement, l'environnement et la santé publique. Ces collaborations sont établies dans le but de mettre en place des actions de prévention pluridisciplinaires. Les actions et projets s'adaptent au besoin des territoires.

Par exemple, grâce à la collaboration avec les communautés des Premières nations et les Inuits, dans le cadre du PAI, de nombreux projets pour le maintien des habitudes de vie saines, notamment au niveau de l'activité sportive ou encore de l'alimentation, ont pu être mises en place dans la région (58). Le PGSP prend en compte la population dans sa globalité. L'un des objectifs du plan est d'améliorer les conditions de vie des populations vulnérables, dont les autochtones. Une des mesures du plan est d'augmenter le déploiement d'actions de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire visant les populations autochtones. Ces mesures sont mises en place par le ministère de l'éducation (MEQ) de Québec en collaboration avec le MSSS (58).

Un certain nombre de stratégies sont établies et décrites dans le Guide d'intégration des PCP au Québec pour permettre d'augmenter l'adhésion :

- visite des professionnels de santé par un infirmier facilitateur ou par un délégué médical,
- protocole des soins préventifs,
- rémunération des actes de prévention (55).

(2) La continuité et la coordination de la prise en charge de la prévention au sein des soins primaires

La télémédecine a été introduite au Canada, notamment au Québec, où la promotion de la e-santé figure parmi les priorités de la politique de santé publique. La continuité de l'information médicale est garantie grâce au partage des dossiers informatiques (17).

Dans les CLSC, la simplification de la continuité des soins préventifs est rendue possible par la présence directe de professionnels de la santé et du social, favorisant une coordination efficace. Les GMF, en regroupant divers professionnels de la santé, contribuent également à assurer cette continuité. Au Québec, les professionnels de la santé sont activement engagés dans des initiatives préventives, établissant un lien direct entre les soins et la prévention. De plus, les CLSC facilitent la collaboration entre les secteurs de la santé et du social.

D'autres acteurs, tels que des associations régionales, des professionnels de l'éducation et de la nutrition, participent également aux projets de prévention. Bien que l'intervention d'un médecin généraliste soit encouragée, elle n'est pas obligatoire, et une première consultation peut être menée par un infirmier spécialisé (17). Les infirmiers sont donc en mesure de prendre en charge la première consultation et d'orienter le patient vers d'autres professionnels, tout en se spécialisant dans la prévention.

Dans le cadre du PGPS, l'organisation va dépendre des responsables désignés dans le PAI pour la mise en place des actions. À titre d'exemple (Figure 15), dans le cadre de l'objectif visant à élaborer une stratégie visant à réduire l'usage de produits du tabac, une action spécifique consiste à "Soutenir la mise en œuvre d'initiatives telles que la création de partenariats, la mobilisation, le partage des meilleures pratiques, ainsi que le financement de projets pilotes visant à promouvoir l'arrêt du tabagisme chez les travailleurs manuels". Le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) est chargé de la coordination de cette action, en collaboration avec divers partenaires, notamment l'organisme à but non lucratif M361, qui se spécialise dans la conception et la mise en œuvre de projets sociaux d'envergure et l'optimisation de programmes gouvernementaux. Les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS/CIUSSS), la Direction régionale de santé publique (DRSP), ainsi que l'Institut national de la santé publique de Québec (INSPQ) font également partie des acteurs impliqués, aux côtés des parties prenantes issues des milieux de travail concernés, tels que les entreprises privées, les regroupements et les associations patronales et syndicales.

Action	Porteur	Collaborateur	Partenaires
4.3.1 Soutenir la réalisation d'actions (ex. : création de partenariats, mobilisation, partage des meilleures pratiques, financement de projets pilotes) visant le soutien à l'arrêt tabagique chez les travailleurs manuels.	MSSS		M361, CISSS et CIUSSS, DSPublique, INSPQ, acteurs des milieux de travail concernés (ex. : entreprises privées, regroupements ou associations patronales et syndicales)

Investissement : 1,3 M\$

Figure 15: Exemple 1 d'action prévue dans le PGSP

Dans l'exemple 2 (Figure 16), "Soutenir le déploiement de projets en aide alimentaire scolaire en milieu autochtone", le responsable est le MEQ, les partenaires ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec. MAPAQ, MSSS, le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS), les partenaires sont La Cantine pour tous, qui est une association locale dont l'objectif est d'améliorer la sécurité alimentaire dans la région, centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) (58).

3.6.3 Soutenir le déploiement de projets en aide alimentaire scolaire en milieu autochtone.	MEQ	MAPAQ, MSSS, MTESS	La Cantine pour tous
---	-----	--------------------	----------------------

Figure 16: Exemple 2 d'action prévue dans le PGSP

Dans l'exemple 3 (Figure 17), le projet "Réaliser des projets porteurs favorisant un mode de vie physiquement actif chez les élèves du préscolaire, du primaire et du secondaire, et déterminés régionalement en concertation avec le milieu scolaire et ses principaux partenaires" sont pris en charge par la MEQ, MSSS et Unités régionales de loisir et de sport (URLS) (58).

1.4.9 Réaliser des projets porteurs favorisant un mode de vie physiquement actif chez les élèves du préscolaire, du primaire et du secondaire et déterminés régionalement en concertation avec le milieu scolaire et ses principaux partenaires.	MEQ	MSSS	Unités régionales de loisir et de sport (URLS)
--	-----	------	--

Figure 17: Exemple 3 d'action prévue dans le PGSP

Ces actions sont collaboratives entre multiples acteurs locaux.

D. Royaume Uni

1. Introduction

Le système des SSP suit un modèle professionnel hiérarchisé, au sein duquel le médecin généraliste a un rôle de pivot (7). Le système de santé du Royaume Uni a choisi le chemin de la décentralisation avec une restructuration en 2012 dans le cadre du « *health and social care act* » (« Loi sur la santé et les services sociaux »). Lors de cette réforme le "National health Service" (Le Service de santé national, NHS) a été divisé en quatre, un service par nation :

NHS England (NHS Angleterre), *NHS Scotland* (NHS Ecosse), *NHS Wales* (NHS Pays de Galles), *Health & Social Care Board of Northern Ireland* (Conseil de la santé et des services sociaux d'Irlande du Nord). Les NHS sont des organismes exécutifs publics, qui se rapportent aux départements de santé de leur nation et ont pour mission l'établissement d'un plan d'action, qui reflètent la politique générale.

Le *NHS England* se rapporte au département de santé et de services sociaux (DHSC) et procède des branches locales, responsables de la prestation des soins sur le terrain en collaboration avec les *Integrated Care Systems* (Systèmes de Soins Intégrés, ICS) (65). Des équipes de soins primaires pluridisciplinaires, telles que les *Primary Care Groups* (PCG), ainsi que des centres de santé et des centres NHS sans rendez-vous, sont en charge des SSP au sein de leur zone géographique.

Les parcours des patients sont assez similaires dans tout le Royaume-Uni. Le médecin généraliste et les autres professionnels de soins y jouent un rôle important. Les ICS en collaboration avec le NHS local commissionnent les prestataires de services en santé et de services sociaux en fonction des besoins locaux (65).

2. Indicateurs de santé

La population du Royaume Uni a une espérance de vie de 81 ans en moyenne, ce qui la place très haut dans l'échelle de longévité par rapport à la plupart des pays (24). Les dépenses de santé s'élèvent à 11,3% du PIB du pays en 2022, plaçant le Royaume-Uni parmi les pays ayant les dépenses de santé les plus élevées au niveau international (25). La couverture vaccinale des enfants pour la rougeole, la diphtérie, le tétanos et la coqueluche est de 92,6% (26) et le taux de vaccination des personnes de plus de 65 ans contre la grippe est au environ de 72,4% (27). La vaccination contre le papillomavirus (HPV) est conseillée chez les filles depuis 2008 et actuellement elle est conseillée aux enfants des deux sexes. Au niveau du dépistage des cancers, le Royaume-Uni est à 75,1% de femmes dépistées pour le cancer du sein, ce qui est bien au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE qui se situe davantage autour de 60%. La consommation d'alcool est élevée, 9,8L d'alcool pur par personne. A l'inverse, la consommation de tabac des adultes le Royaume Uni est bien en dessous de la moyenne des pays OCDE (16,5%) avec 10,3% de population de 15 ans et plus (53).

Tableau 5: Indicateurs de santé du Royaume-Uni

Indicateurs de santé	Royaume-Uni	Moyenne OCDE/ OMS Objectif pays/OMS
Esperance de vie à la naissance (en années, 2022)	81 ans (24)	Moyenne OCDE : 81 (24)
Dépenses en santé en % PIB (2022)	11,3% (25)	Moyenne OCDE (2019) : 8,8 % (32)
Consommation d'alcool en L d'alcool pur (2019)	9,8 L (30)	Moyenne OCDE : 8.7 L (33)
Tabagisme chez les adultes (2019)	10,3%(31)	Moyenne OCDE, 16.5 % (31)
Taux de vaccination enfant (rougeole, diphtérie, tétanos, coqueluche, 2022)	92,6 % (26)	OMS : 84%(34)
Taux de vaccination adulte contre la grippe > 65 ans (2022)	72,4% (27)	Objectif OMS : 70% (37)
Vaccination HPV (2019)	Programme national (35) 2 doses, âges 13-14 ans : Filles 60,2% Garçons 54,4% (année scolaire 2020-2021) (66)	OMS : 21 %(34)
Dépistage cancer du col de l'utérus (2019)	>70% (2022) (36)	Objectif OMS : 70% (37)
Dépistage cancer de sein (2019)	75,1% (29)	Moyenne OCDE 61%(38)

3. Structure

a) Gouvernance

(1) L'intégration de la prévention au sein de la politique de Santé et des structures en charge

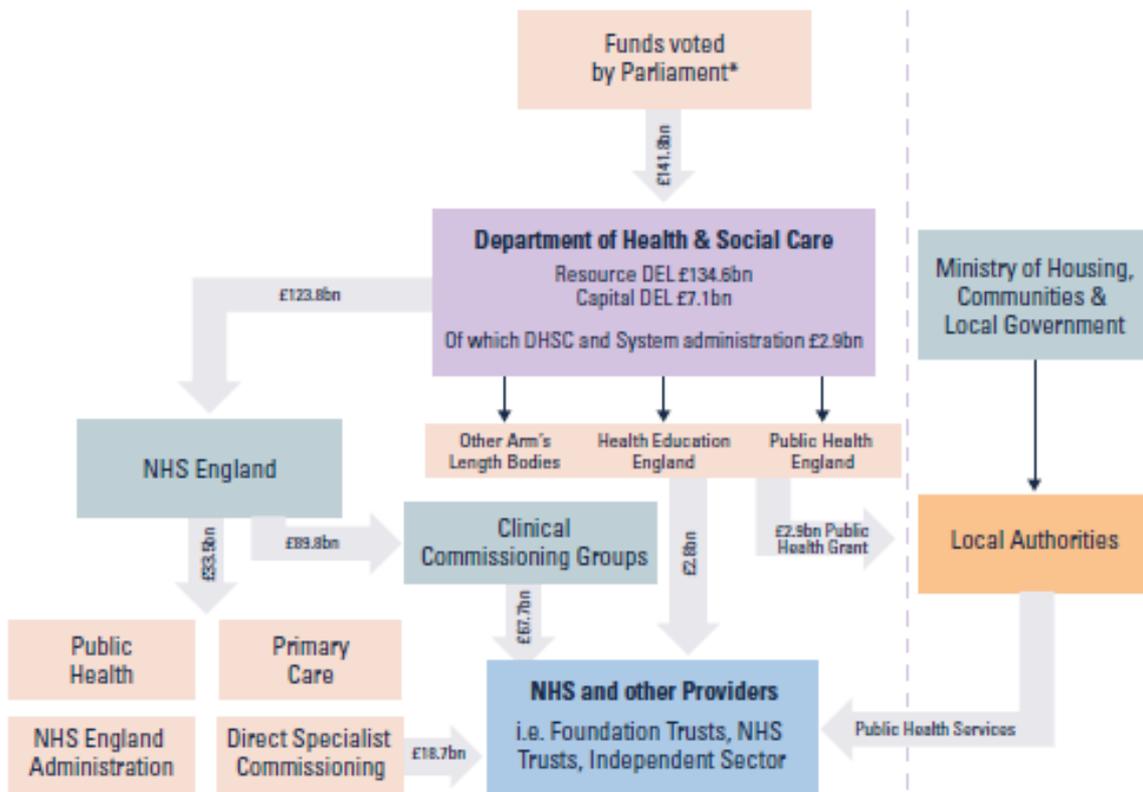


Figure 18: Financement du système de santé en Angleterre (15)

Aux Royaume-Uni le gouvernement de chaque nation est responsable du système de santé. En Angleterre, par exemple, les directions générales de la politique de santé sont données par le DHSC. Dans le cadre de la réforme de 2012 « *health and social care act* », le NHS, l'organisme unique pour les 4 nations du Royaume-Uni, se subdivise en quatre dans un objectif de décentralisation des actions de politique de santé publique. Il fonctionne indépendamment dans chacun des quatre nations et est responsable devant des administrations décentralisées en Écosse, au Pays de Galles et en Irlande du Nord, et devant le gouvernement du Royaume-Uni en Angleterre (47).

Néanmoins il y a une tendance à la recentralisation, le projet de loi sur la santé et les soins 2021/2022 publié à l'été 2021 présente des propositions visant à accroître le pouvoir du gouvernement national dans son mandat avec le NHS (UK Government, 2021) (15). L'entité responsable de la santé publique en Angleterre est le Public Health England (PHE). Sur le terrain, en Angleterre, les *Integrated Care Systems* (ICS), qui ont remplacé les *Clinical Commissioning Groups* (CCG) en 2022, ainsi que les conseils de santé en Écosse et au Pays de Galles, et Health & Social Care Board (Conseil de la santé et des affaires sociales) en Irlande du Nord, sont chargés de la planification et de la gestion des services de santé et de soins dans leurs régions respectives. Ces structures regroupent des professionnels de la santé et des experts d'autres domaines, comme indiqué dans le point (65).

Le *NHS Long Term Plan*, le plan décennal adopté en janvier 2019, contient des objectifs pluriannuels concernant la prévention et la promotion de la santé ainsi que leur déclinaison territoriale (67). Il prévoit, par exemple, tous les cinq ans, un bilan de santé pour tous les adultes de 40 à 74 ans, le "*NHS Health Check*". L'accent est mis sur le développement des réseaux de SSP. Il est prévu que ces programmes soient mis en place par des groupes pluridisciplinaires dédiés comme, par exemple : *multidisciplinary food care teams* (équipes multidisciplinaires de soins alimentaires), *Alcohol Care Teams* (ACTs, Équipes de soins en matière d'alcoolisme) (4). Les programmes comme "*good behavior game*" ont pour but d'anticiper l'installation des mauvaises habitudes de santé comme le tabagisme chez les collégiens (4). L'Irlande du Nord a la particularité d'avoir un lien direct entre la santé et le social au sein de la *Health & Social Care Board* (15).

b) Conditions économiques

(1) La part de la prévention dans les dépenses pour la santé, le mode de financement, le mode de rémunération des actes de prévention

Il est difficile d'identifier la part du budget destinée à la santé publique allouée au financement des politiques et des actions de préventions. Selon le rapport français de la Cour des comptes, les dépenses du Royaume-Uni sont similaires à celles de la France, soit 0,63 % du budget global à destination de la santé (4). Le système de santé est financé par des fonds publics à 80% (68).

En Angleterre, c'est le PHE qui va attribuer le financement à la NHS. Les ICS en collaboration avec les NHS territoriales et les autorités locales vont commissionner des services de santé mais aussi des services de spécialistes d'autres domaines, notamment sur les sujets environnementaux, du logement, des services sociaux. La NHS répond aux objectifs édictés par le gouvernement qui sont mis à jour chaque année. Un rapport d'activité, avec des indicateurs de réussite, est publié chaque année par le NHS et les ICS, qui doivent justifier les ressources attribuées (65). Les professionnels de santé sont considérés comme des prestataires de service. Ils sont commissionnés par le NHS local et les ICS en collaboration avec les autorités locales. Des équipes pluridisciplinaires comme des *Primary Care Networks* (des réseaux de soins primaires, PCN) ou des *Primary Care Multidisciplinary teams* (Équipes des Soins Primaires Multidisciplinaires, MDT), ont aussi ce statut de prestataires de service. Le *Network contract* (DES), conclue entre les PCN et les ICS, permet une rémunération supplémentaire pour des actes de prévention (*Additional Roles Reimbursement Sum*, ARRS). Ce contrat va définir des rôles et des objectifs précis (15).

Les médecins généralistes travaillent dans le cadre du contrat *General Medical Services* (GMS) négocié entre la *British Medical Association* (BMA) et *NHS Employers*, il peut y avoir un supplément pour certaines actions de prévention à l'acte, comme la vaccination, et une rémunération à la performance. Ils sont rémunérés par capitalisation ou en tant que salariés. Le patient ne paye rien lors de son rendez-vous s'il respecte la zone géographique à laquelle il est rattaché (15).

Les pharmaciens, pour leurs activités hors délivrance de médicament, sont payés à l'acte ou à la performance. Les contrats des pharmaciens ont évolué grâce à la volonté d'augmenter l'importance et la diversité de leur rôle dans le parcours de soin, notamment concernant la prévention. En 2019 un nouveau contrat de cinq ans a été conclu. Il a pour ambition de développer le service de consultation des pharmaciens communautaires. Dans ce cadre, les prestataires du NHS peuvent orienter les utilisateurs de services vers des pharmaciens communautaires (69).

Les infirmiers ont un statut de salariés le plus souvent, même si le cabinet où ils exercent peut s'écarter de ce modèle (15).

c) *Développement des professionnels de soins*

Les NHS et des ICS planifient les activités et commissionnent les prestataires de service de santé nécessaires au niveau local. Chaque cabinet de médecin généraliste doit faire partie d'une ICS. Ces dernières sont des organismes pluridisciplinaires, composés de médecins, infirmiers et autres professionnels de santé ainsi que d'au moins deux professionnels, qui ne sont pas spécialisés dans le secteur de santé et se charge des service sociaux ou communautaires (70). Au sein de ces structures, les médecins généralistes mais aussi d'autres professionnels de santé ont le pouvoir décisionnel de commissionner des prestataires de services en santé nécessaires à leur territoire (15). Au sein des ICS, la prise en charge du territoire ne se résume pas au SSP, mais prend aussi en compte les services sociaux, l'environnement et l'éducation (65). L'Angleterre est divisée en 42 ICS, couvrant chacun des populations d'environ 500 000 à 3 millions de personnes (70).

Des structures comme les PCN réunissent différents professionnels de santé sur un territoire donné (21). Alors que les MDT regroupent des professionnels de santé au sein d'une même structure (71). Il est intéressant de noter que les PCN prennent en charge la "prescription sociale" (15).

À quelques exceptions près, comme la médecine génito-urinaire, l'accès aux médecins spécialistes du NHS n'est possible que sur recommandation du médecin généraliste. Aujourd'hui la première consultation peut se faire par un infirmier spécialisé ou bien par un pharmacien clinicien (21). Des centres de consultation sans rendez-vous, créés en 2000 pour simplifier l'accès aux SSP, s'appuient fortement sur les infirmiers praticiens, qui peuvent diagnostiquer et traiter des patients de manières indépendantes (15). L'infirmier a un rôle important au sein des équipes pluridisciplinaires mais aussi au sein des programmes comme *Nurse family partnership*, où les infirmiers accompagnent des jeunes mamans de milieux défavorisés au niveau du suivi médical mais aussi au niveau de l'apprentissage des habitudes saines pour la mère et l'enfant et aussi au niveau de l'aide social (72). Les pharmaciens cliniciens, exerçant au sein des équipes pluridisciplinaires, peuvent prendre en charge la prescription de médicaments.

Dans ce cas le médecin se charge de la consultation et le pharmacien de l'ordonnance. Ils peuvent aussi prendre en charge certains patients de manière autonome, notamment pour des entretiens thérapeutiques (73).

4. Processus

a) L'accès à la prévention au niveau géographique, son accessibilité au niveau financier pour le patient et l'adhésion des professionnels de santé à l'exercer

Chacune des quatre nations a ses particularités, mais toutes connaissent des inégalités territoriales. Les solutions proposées sont le regroupement des professionnels dans les centres pluridisciplinaires et la télémédecine. Les téléconsultations se sont énormément développées pendant la pandémie du Covid-19 (15). Les centres NHS sans rendez-vous, dirigés par les infirmiers, ont été créés pour simplifier l'accès au SSP (15). Les PCN prennent en charge le dépistage des cancers et la promotion de la santé (21). Le financement public majoritaire et l'exercice majoritairement salarial ou par captation améliore l'accès aux soins (15).

b) La continuité et la coordination de la prise en charge de la prévention au sein des soins primaires

Un dossier électronique est mis en place au Royaume-Uni, mais cet outil rencontre de nombreuses difficultés, comme par exemple le manque de transmission de données entre différents fournisseurs de soins ou encore son coût élevé (15). D'autre part, des applications efficaces existent. Par exemple, la « NHS App » permet un accès au dossier médical, la prise de rendez-vous, donne accès à des programmes de prévention (15). Le site de NHS, « Assist », donne accès à beaucoup d'informations en libre-service, notamment des exercices sportifs adaptés selon l'âge ainsi que les conseils diététiques, l'aide à l'arrêt de l'alcool et du tabac ainsi que la possibilité de trouver un spécialiste à proximité et prendre rendez-vous (74). Malgré des avancées intéressantes, le National Programme for Information Technology (le programme national pour la technologie d'information, NPfIT) montre que les stratégies ne reflètent pas assez les besoins locaux (15).

V. Discussion

A. Synthèse des résultats

1. Conclusion France

La prévention est un objectif central de la politique de santé publique, illustré par le dernier plan quinquennal nommé "Priorité à la Prévention". Cependant, ce plan semble manquer d'interactions significatives avec d'autres domaines que les soins de santé. Il ne développe pas suffisamment les déterminants de santé tels que l'environnement ou l'amélioration des conditions de vie. Les critiques portent notamment sur la complexité de la gestion des ressources, l'absence de structure opérationnelle claire, ainsi que le manque d'outils de pilotage (4).

L'organisation des soins sur le territoire se décline en trois niveaux : territorial, régional et national. Les ARS ont été créés pour optimiser les soins sur l'ensemble du territoire en tenant compte des problématiques et des spécificités locales. Malgré cela, il est observé que les ARS se limitent à un rôle administratif, et qu'il leur manque des acteurs sur le terrain, leur permettant de mieux évaluer les besoins des structures locales (75).

En ce qui concerne le financement, la France consacre une part importante de son PIB (11,9 % en 2022) aux dépenses de santé, représentant un investissement plus important que la plupart des pays occidentaux (25). Le financement de la prévention est principalement public, mais sa multitude d'acteurs le rend complexe et peu transparent. La part des actes de prévention reste minime dans la rémunération globale des professionnels de santé.

Les inégalités territoriales dues aux "déserts médicaux" diminuent l'accès de la population à la prévention. Les solutions proposées aujourd'hui sont la télémédecine et des différentes structures pluridisciplinaires comme les MSP et les CPTS. Les ARS peuvent établir un contrat avec les collectivités territoriales ou les structures locales pour mettre en place des actions et des projets, visant à améliorer l'accès aux soins et à

la prévention. On observe, malgré cela, une inégalité de répartition de ces initiatives sur le territoire.

Il est à noter que les actes de prévention ne sont pas valorisés pour les professionnels de santé du fait de leur tarification peu intéressante. C'est pourtant un levier d'amélioration qui pourrait permettre l'amélioration des indicateurs de santé publique.

La recherche de solutions pour améliorer la continuité de la prise en charge a abouti au projet du DMP, mis en place par l'Assurance maladie et le ministère de la santé (76). Ce projet, commencé en 2011, a rencontré de nombreuses difficultés à être opérationnel, telles que : le manque d'habitude et d'adhésion de la part des professionnels de santé, le matériel non homogène entre les hôpitaux, les cabinets de ville et les officines ainsi que l'accord du patient nécessaire à la création du dossier. Pour ces raisons il n'était que peu utilisé par les professionnels de soins. Aujourd'hui, son successeur, Mon espace santé, a la vocation de réussir à devenir le carnet de santé numérique interactif pour tous et ainsi assurer la continuité de l'information entre professionnels (77).

Il n'y pas de parcours de la prévention à proprement parler, la prévention suit le système de soins. La coordination des structures n'a pas de schéma précis. La France est moins avancée aux niveaux des rôles des professionnels de santé. Le médecin généraliste garde le monopole sur la prévention et la promotion de santé, comparé aux autres pays. Il y a une tendance à l'élargissement des missions des professionnels de santé autres que les médecins dans la prévention. Le manque de communication interprofessionnelles persiste et freine les collaborations (78).

1. Conclusion Québec

La PGPS est un programme à part entière, interdisciplinaire et transversal. Elle prend en compte des déterminants de santé comme : un environnement sain, une adaptation des habitudes de vie saine et un aménagement des territoires adapté. Le programme politique de la prévention et de la promotion de la santé a une durée de dix ans, ce qui permet d'avoir une politique cohérente à long terme.

Le PAI (2017-2021) est concret et opérationnel. Le budget, les actions, les acteurs impliqués, les résultats attendus y sont explicites. La PGPS et le PAI montrent que la prévention et la promotion de la santé prennent en compte la santé dans sa globalité en incluant les domaines comme l'éducation, l'environnement, et le domaine social.

La suppression des agences régionales lors de la réforme en 2015 a permis une organisation à deux niveaux : national et local. Les rôles de l'agence régionale sont désormais assurés par les CISSS/CIUSSS, des structures locales. Ce sont des structures uniques par rapport aux deux autres pays car elles sont publiques et possèdent à la fois un pouvoir décisionnel, un emplacement local et un lien direct avec des services sociaux. L'intérêt de ce changement est de simplifier la mise en place de la politique globale sur le terrain.

La santé est financée majoritairement par l'Etat. Les dépenses de santé en PIB (11,2 % en 2022) au Canada sont inférieures à la France et au Royaume Uni (25). Il est difficile de savoir combien est dépensé sur la prévention exactement, comme il y a d'une part le budget pour la santé publique et d'autre part les rémunérations à l'acte. Le parcours de prévention est lié au parcours de soins. Ce sont les professionnels de santé qui la prennent en charge.

Les inégalités territoriales sont similaires à la France. Mais l'accès au SSP est simplifié grâce à l'implication forte des infirmiers et des pharmaciens.

2. Conclusion Royaume-Uni

Le département de santé, propre à chaque nation du Royaume-Uni (l'Angleterre, l'Irlande du Nord, l'Ecosse et le Pays de Galle), donne les lignes directrices de la politique de santé publique. Le NHS, l'organisme public exécutif propre à chaque nation, va mettre en place cette politique et distribuer le budget.

La prévention est intégrée dans les objectifs de santé publique, comme en Angleterre, dans le *NHS Long Term Plan*, le plan de la politique de santé publique d'une durée de dix ans.

Le *NHS England* a une dimension régionale et travaille en collaboration proche avec les ICS, qui sont des structures pluridisciplinaires locales. La réforme des ICS en 2022 y intègre le versant social. Il est intéressant de noter que cette réforme a été inspirée par des remontées du terrain.

La majeure partie de la rémunération de la prévention provient de fonds publics en matière de santé. Les professionnels de santé sont rétribués selon des contrats basés sur des objectifs personnels ou liés à leur structure de travail.

Ces professionnels interviennent fréquemment au sein de groupes pluridisciplinaires, où les pharmaciens et les infirmiers, entre autres, jouent des rôles variés, y compris dans le domaine de la prévention. Le parcours de prévention est intégré dans le parcours global de soins. Les contrats conclus entre la NHS et les professionnels de santé sont assortis d'objectifs spécifiques et d'indicateurs précis. La communication via la technologie, notamment via l'application et le site web de la NHS, est largement développée, même si elle rencontre certaines difficultés similaires à la France.

Les responsabilités des professionnels de santé en matière de prévention au sein des soins primaires sont influencées par la politique de santé en vigueur. Des inspections de qualité sont menées dans les quatre nations, et des directives officielles sont établies par la NHS. L'introduction des ICS, qui englobent d'autres acteurs que ceux au niveau territorial, reflète une prise de conscience croissante du concept de santé globale, tenant compte des déterminants de la santé qui ne sont pas directement liés aux soins médicaux.

B. Comparaison des résultats

1. Indicateurs de santé

Il est difficile de faire la séparation entre les résultats de soins et les résultats de la prévention et la promotion de la santé sur la santé globale de la population. Néanmoins certains indicateurs s'y prêtent mieux que d'autres.

Par exemple, la consommation de tabac et d'alcool est corrélée à des politiques de santé mises en place, le taux des maladies chroniques est, en grande partie, le résultat du mode de vie des individus, le taux de dépistage de cancer conditionne la réussite du traitement. Le taux de vaccination peut refléter les politiques globales mises en place mais aussi l'efficacité de la mise en place des actions de prévention. L'Assurance maladie propose d'utiliser des indicateurs permettant de mesurer l'efficacité des actions de la santé publique, y compris la prévention et la promotion de la santé, comme : le dépistage des cancers, la consommation d'alcool ou de tabac, le nombre de personnes vivant avec une maladie chronique, la couverture vaccinale (contre la grippe, de l'enfant, anti-HPV...) (28).

Les 3 pays sont globalement comparables aux niveaux des différents indicateurs de santé publique. En observant les données OCDE, l'espérance de vie à la naissance de la population est similaire avec une légère supériorité pour la France : 81, 81,7 et 82,4 ans pour le Royaume-Uni, le Canada et la France respectivement (Figure 19) (24).

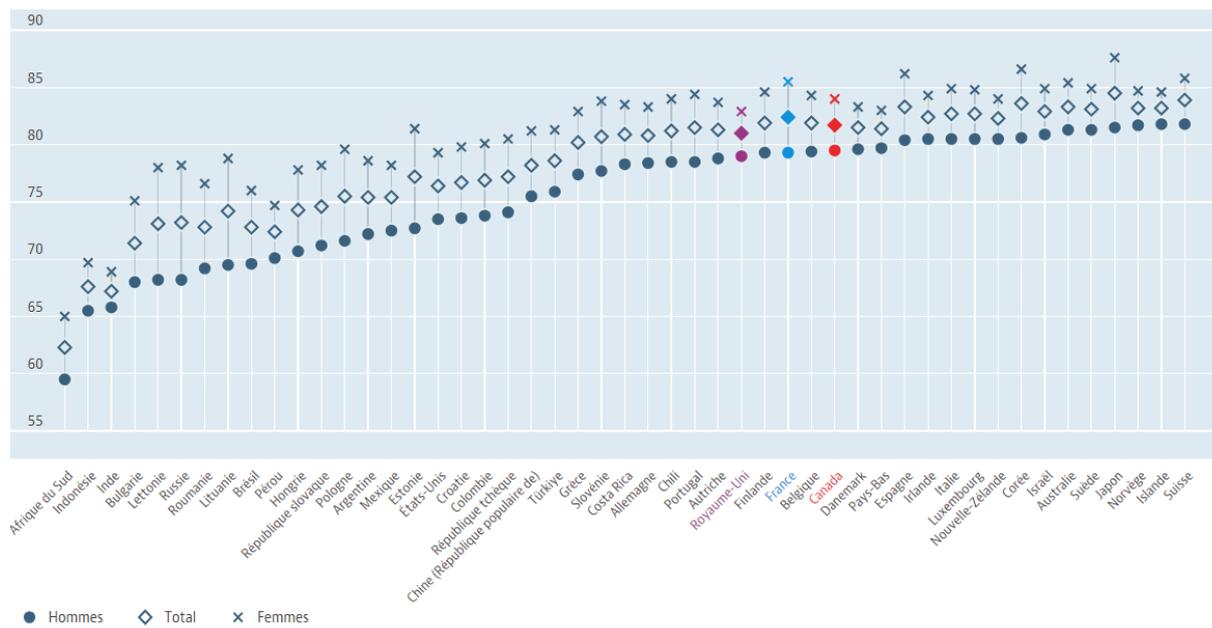


Figure 19: Espérance de vie à la Naissance (2022, OCDE) (24)

Les dépenses de santé sont aussi similaires dans les trois pays. Les dépenses de la France sont supérieures aux deux autres pays. En 2022 la France a dépensé 10,9% de son PIB, le Canada 11,2 % et le Royaume-Uni 11,3 % (Figure 20) (25). Il est difficile d'identifier la part de la prévention dans les dépenses de santé globale pour la France mais aussi pour les deux autres pays. Selon la Cour des Comptes la part du PIB consacrée à la prévention atteinte en France est estimée à 0,63 % ce qui est comparable au Royaume-Uni (4).

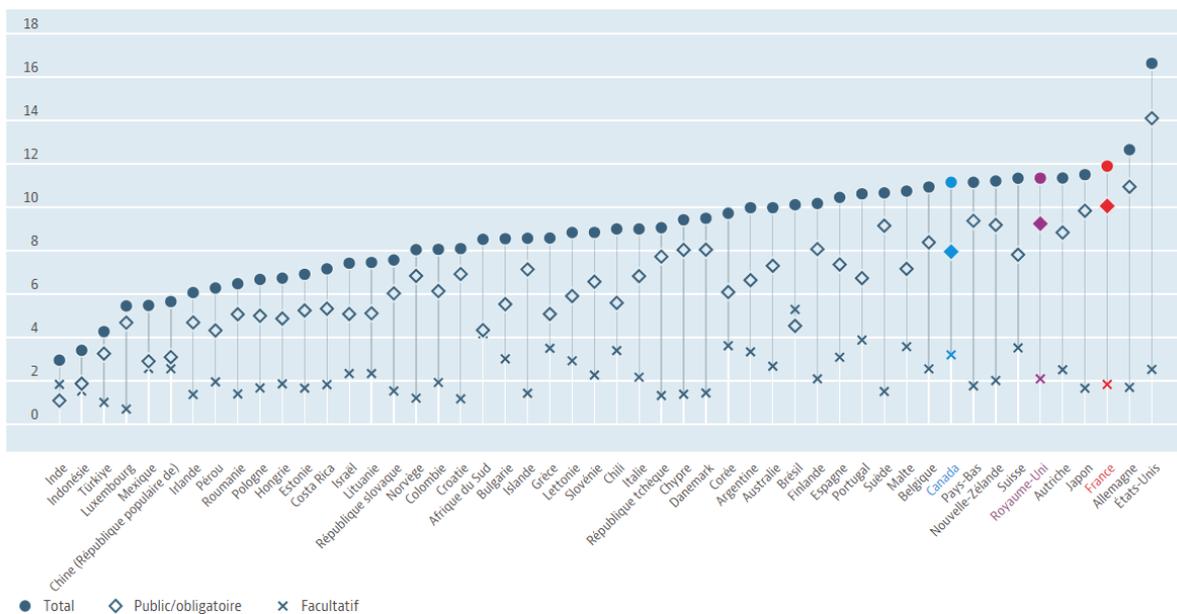


Figure 20: Dépenses de santé (2022, OCDE) (25)

Au niveau de la vaccination saisonnière contre la grippe de la population de plus de 65 ans (%), la France est dernière parmi les trois pays. Le Royaume Uni montre des résultats de couverture vaccinale particulièrement élevés (27).

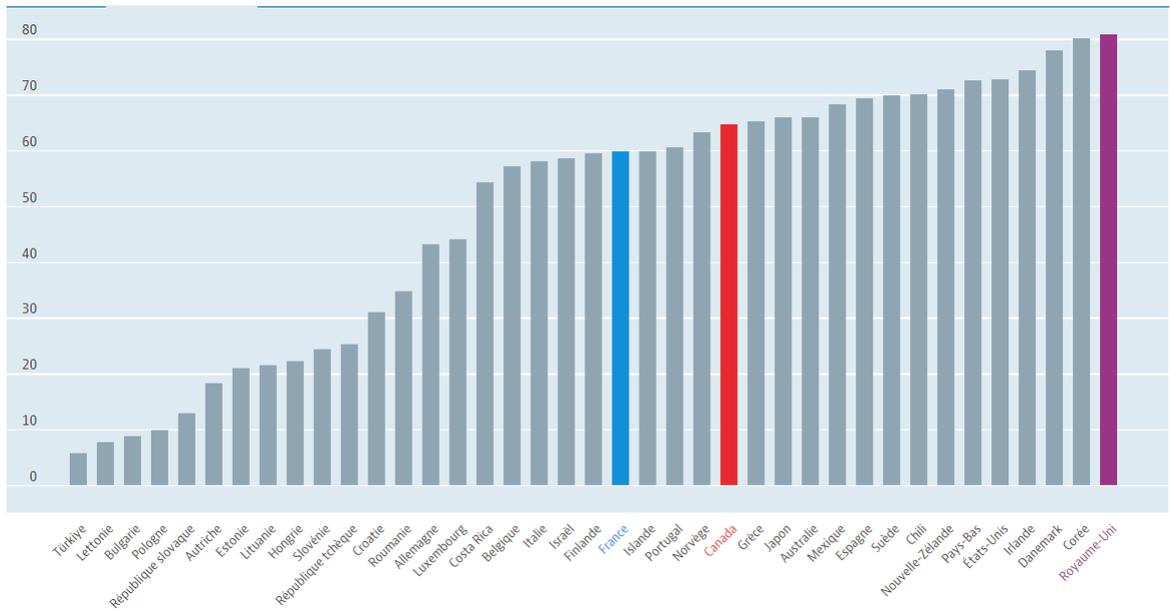


Figure 21: Taux de vaccination contre la grippe, total % de la population de 65 ans et plus, 2022 ou dernières données disponibles, OCDE (27)

La situation est différente pour la vaccination des enfants, où la France est loin devant les deux autres pays (Figure 22) (26). Ce qui peut être expliqué par la vaccination obligatoire des enfants en France, ce qui n'est pas le cas au Canada et au Royaume Uni.

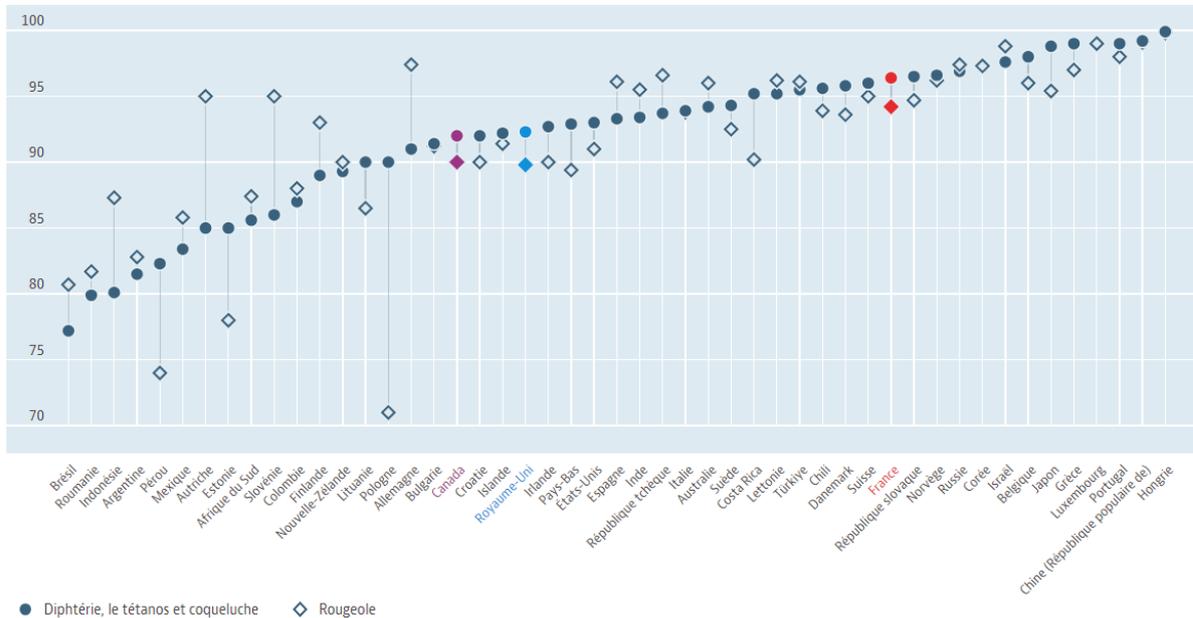


Figure 22: Taux de vaccination des enfants : diphtérie, tétanos, coqueluche / rougeole, % des enfants, 2022 ou dernières données disponibles, OCDE (26)

Les trois pays ont des programmes de vaccination anti-HPV. La différence à prendre en compte ici est que les garçons sont aussi vaccinés au Canada (79) et au Royaume Uni (80), alors que la France commence tout juste à inclure les garçons dans les recommandations depuis 2021 (81).

La couverture du programme de dépistage du cancer du col de l'Utérus est entre 50% et 70% pour la France et est supérieure à 70% pour le Canada et le Royaume-Uni, selon les données fournies par les trois pays à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (36).

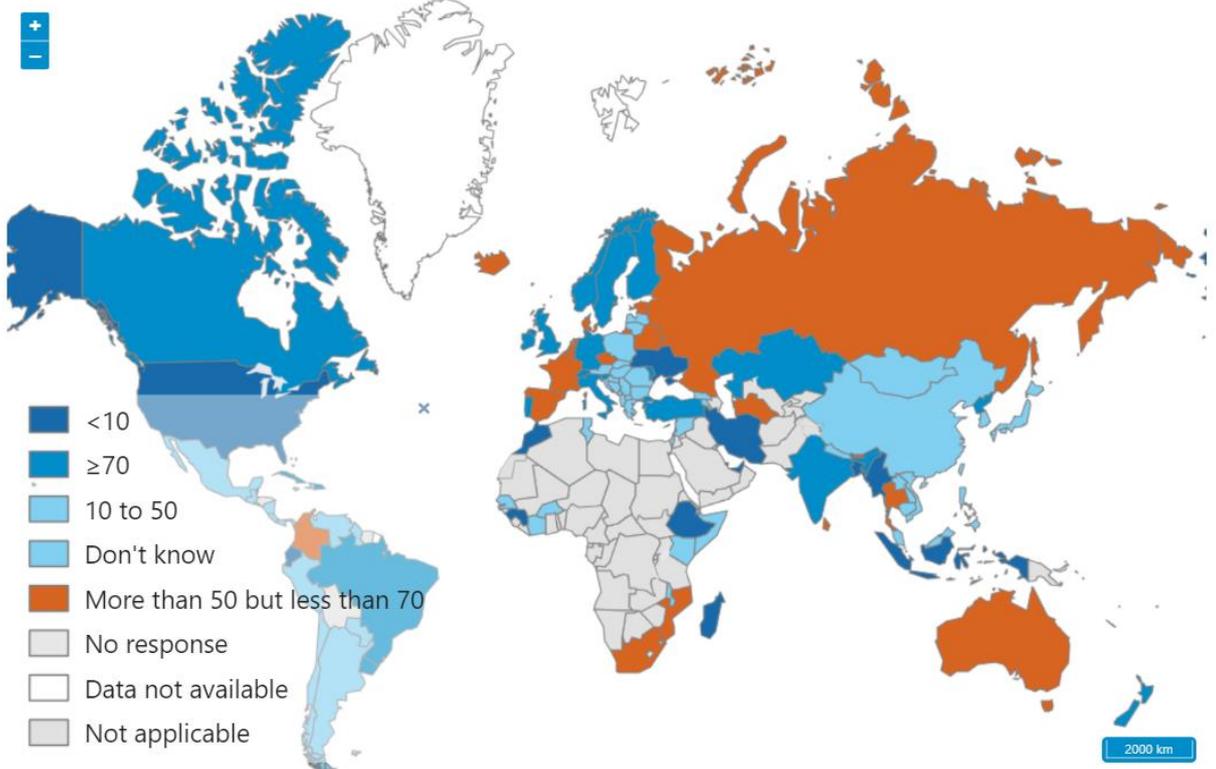


Figure 23: La couverture du programme de dépistage du col de l'Utérus, données OMS (36)

Pour le dépistage de cancer de sein chez les femmes de 50 à 69 ans, la France est en dessous de la moyenne des données de l'OCDE. En 2019, la France compte autour de 50% de femmes entre 50 et 69 ans dépistées, or le Canada est à 62 % et le Royaume-Uni est à 75% (des données de programmes). Ce qui place les deux pays parmi les pays à taux de dépistage le plus élevé (29).

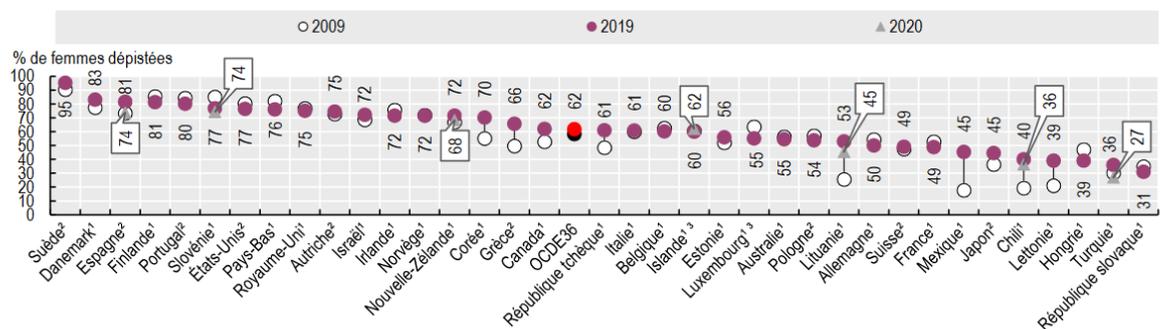


Figure 24: Dépistage par mammographie réalisé chez les femmes de 50 à 69 ans pour les années 2009,2019 et 2020, OCDE (38)

La France est leader en consommation d'alcool parmi les trois pays. La consommation de l'alcool pur en litre, par adulte (plus de 15 ans) et par an, est de 11,4 litres en France, contre 8 litres au Canada et 9,8 litres au Royaume Uni (30).

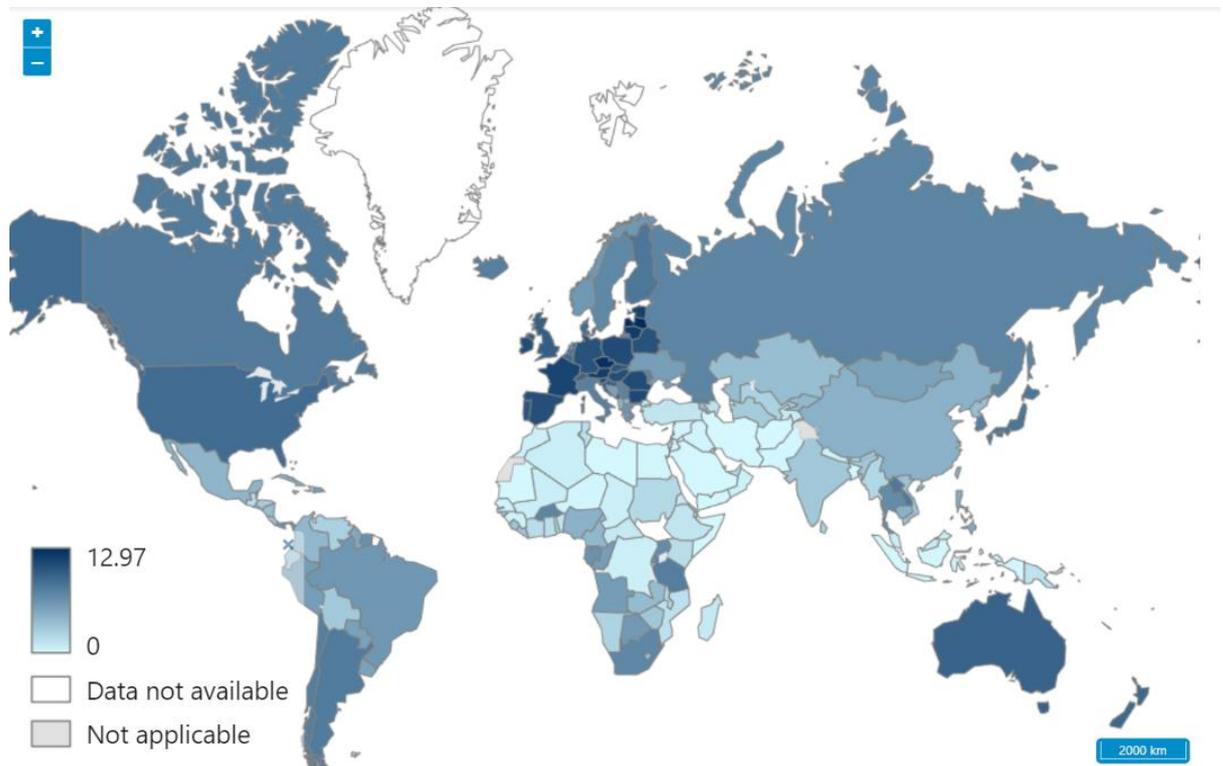
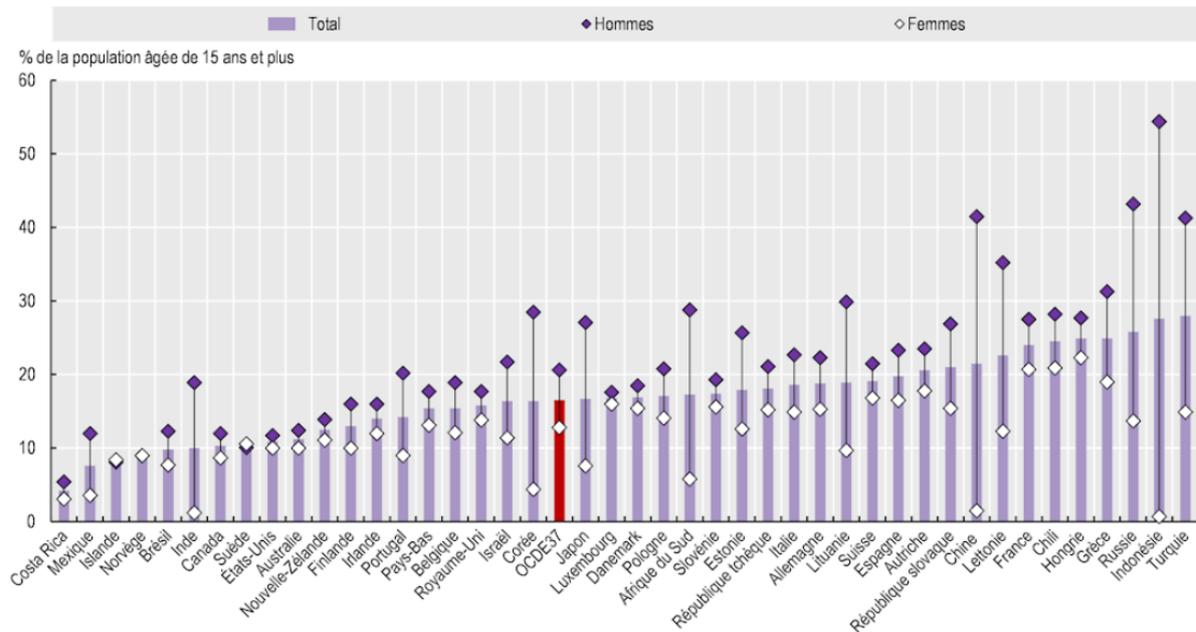


Figure 25: La consommation en litres d'alcool pur par adulte (plus de 15 ans), OMS (30)

La consommation tabagique est nettement plus élevée en France par rapport aux deux autres pays, or les trois pays ont une politique de taxation et d'augmentation des prix du tabac globalement similaire (53).



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

Figure 26: Pourcentage de fumeurs parmi la population âgée de 15 ans et plus, par sexe, 2019 (ou année la plus proche), OCDE (53)

Globalement par rapport à d'autres pays, la France, le Canada et le Royaume Uni ont de bons indicateurs en termes de santé publique. La France a de très bons résultats en vaccination des enfants, ce qui est dû à un certain nombre de vaccins obligatoires, ce qui n'est pas le cas dans d'autres pays. Or au niveau de la vaccination saisonnière contre la grippe de plus de 65 ans, qui n'est pas obligatoire, la France est derrière les deux autres pays. La vaccination anti-HPV et le dépistage de cancer de col de l'utérus y sont aussi plus avancés. On voit que le dépistage du cancer du sein est aussi plus avancé au Canada et au Royaume Uni. La consommation du tabac et d'alcool est nettement moins élevée au Canada et Royaume-Uni en comparaison avec la France. On voit que les données qui résultent des actions de prévention mise en place semblent globalement meilleures au Canada et au Royaume-Uni, de plus les dépenses en santé de ces deux pays sont similaires voir légèrement inférieures aux dépenses de la France. On peut donc penser que les mesures mises en place sont plus efficaces. La raison peut être une meilleure stratégie, une meilleure mise en place sur le terrain, une meilleure adhésion des professionnels, une meilleure information ou bien une bonne communication et coordination entre le terrain et les autorités.

Tableau 6: Comparaison des indicateurs de santé pour la France, le Canada et le Royaume-Uni

Indicateurs de santé	France	Canada	Royaume-Uni	Moyenne OCDE/ Objectif du pays/objectif de l'UE
Espérance de vie (en années, 2022)	82,4 (24)	81,7 (24)	81 ans (24)	Moyenne OCDE : 81 (24)
Dépenses en santé en % du PIB (2022)	11,9% (25)	11,2% (25)	11,3% (25)	Moyenne OCDE (2019) : 8,8 % (32)
Consommation d'alcool en L d'alcool pur (2019)	11,44 L(30)	8 L (30)	9,8 L	Moyenne OCDE : 8.7 L (33)
Tabagisme chez les adultes (2019)	25,5 (30)	15,5% (30)	10,3%(31)	Moyenne OCDE, 16.5 % (31)
Taux de vaccination chez les enfants (rougeole / diphtérie, tétanos, coqueluche, 2022)	96,4% (26)	91% (26)	92,6 %	OMS : 84% (34)
Taux de vaccination adulte contre la grippe > 65 ans	59,9 % (27)	64,7 % (27)	72,4%	Objectif OMS 75% (28)
Vaccination HPV (2019)	Programme national(35), couverture vaccinale 37,4% (2 doses, filles âgées de 16 ans) (28)	Programme national (35)	programme national (35) 2 doses, âge 13-14 ans : Filles 60,2% Garçons :54,4% (2020-2021 academic year) (66)	Objectif France : 80% en 2030 (28) OMS : 21 % (34)

Dépistage cancer du col de l'utérus (2019)	>50% mais <70% (36)	>70% (36)	>70% (36)	Objectif OMS : 70% (37)
Dépistage cancer de sein (2019)	50% (29)	62% (29)		Moyenne OCDE 61% (29)

2. Stratégie et structure gouvernementale

a) *La place de la prévention au sein de la politique gouvernementale*

Pour les 3 pays, la prévention et la promotion de la santé sont au cœur de la politique de santé publique, mais ils s'en emparent de manière différente et ne s'y sont pas intéressés au même moment. Le Québec inclut les PCPs dans sa politique depuis 2003 et la France met la priorité sur la prévention pour la première fois dans le plan 2018-2022. La durée des politiques de santé publique et de prévention est aussi différente selon le pays. Le plan en France a une durée de 5 ans, le Royaume Uni et le Québec ont choisi des durées plus longues, de 10 ans. Cette longue durée peut permettre des projets plus ambitieux suivis à long terme sans que la nouvelle politique quinquennale ou un changement de gouvernement en change les objectifs. On peut y voir une meilleure continuité de la mise en place des actions. La nouvelle politique de santé publique française 2023-2027 reste un plan quinquennal, néanmoins le nouveau plan promet de prendre en compte l'évolution de la politique 2018-2022 et la prévention figure parmi ses objectifs (78).

L'interdisciplinarité de la prise en charge de la prévention est essentielle. La santé de la population est autant influencée par l'efficacité du système de soins que par d'autres domaines comme la qualité de l'environnement, de logement, de la nourriture et de l'éducation. En France, le PNSP se veut transversal et multidisciplinaire mais reste un plan centré sur les soins avant tout. Le plan manque d'articulation avec d'autres plans en lien avec la prévention (4). La politique social du Royaume Uni est évoqué comme exemple d'une politique centré sur des indicateurs de santé comme celle en France (82). Au Québec, en plus du PNSP qui inclut la prévention parmi ses objectifs, il y a une politique multi-ministérielle dédiée spécialement à la prévention, la PGPS.

Cette politique inclut des actions sur les déterminants de santé de manière globale : l'environnement, les salaires, l'accès au logement en font partie, ce qui est plus efficace que l'action sur les indicateurs de santé directement (diminution de consommation d'alcool et du tabac, des habitudes alimentaires...) (83). Sans oublier que la politique de santé publique québécoise (la PNSP) se concentre, elle, sur ces indicateurs de santé. Les deux politiques se complètent, ayant le même objectif : l'amélioration globale de la santé.

D'autre part, le PNSP français ne définit pas d'indicateurs de résultats précis et d'objectifs mesurables, il est donc difficile de mesurer l'efficacité de la politique de prévention (4). Alors que la PGPS québécoise développe précisément les actions, y compris le budget attribué par action, et les partenariats entre acteurs concernés ainsi que les résultats attendus. Le PAI a une durée de 5 ans et permet de faire un point à mi-PGPS sur l'efficacité de la politique en cours. A la suite de ce point et en fonction de ces résultats, un nouveau PAI est mis en place. Ce système permet de suivre l'efficacité des actions et les réviser si nécessaire dans le cadre de la même politique en cours. Cette organisation est probablement dû à une longue expérience en termes de la prévention dans la politique. Le Québec intègre les PCPs dans sa politique depuis 2003. Le guide des PCPs efficaces est sorti en 2014. Un travail d'analyse d'efficacité de ces actions et de leurs interrogations dans le système de soins est donc fait depuis une vingtaine d'années. L'Angleterre a aussi choisi ce mode de fonctionnement avec une politique de 10 ans et, dans ce cas, des plans locaux fait par les ICS de 5 ans (68).

b) Les structures en charge

Les trois pays se positionnent entre une politique de décentralisation et des aspirations de recentralisation, avec une volonté de garder une politique centrale directrice. Ils rencontrent des problèmes de communication entre le terrain et l'instance décisionnelle globale. Les actions de décentralisation sont par exemple la création des ARS en France, la séparation des NHS par nation au Royaume-Uni dans les années 2010. A l'inverse, Québec a un système très décentralisé de base et cherche à recentraliser le pouvoir. D'abord les CLSP ont perdu leur indépendance en devant des CISSS/CIUSSS.

Ensuite il y a eu une volonté de se rapprocher du terrain en supprimant les ASSS, le palier régional, en créant un lien direct entre les CISSS/CIUSSS et le ministère de la Santé. Au Royaume Uni les structures locales comme les ICS jouent un rôle similaire au CISSS/CIUSSS. Ils regroupent les professionnels de santé d'un territoire donnée et font remonter les besoins du terrain grâce au commissioning à la NHS. Alors qu'en France il existe toujours un gap de communication et de lien avec le terrain malgré la création des ARS (75).

3. La continuité de parcours dans la prévention à travers le mode d'exercice des professionnels en charge

Dans les trois pays, le parcours de prévention est fortement rattaché au parcours de soins. Les trois pays aspirent à une prévention multidisciplinaire qui inclut le versant social. En France, la collaboration entre les organisations responsables de la santé et celles en charge des questions sociales est abordée dans le PNSP, mais elle demeure peu développée et manque de structure.

Au Québec les collaborations entre différents acteurs sont structurées via le PAI d'une part et d'autre part historiquement les CISSS/CIUSSS ont le versant social intégré. En Angleterre la réforme des ICS en 2022 a pour but d'intégrer le versant social dans une structure de santé initiale. Il est intéressant d'évoquer qu'en Irlande du Nord, le NHS intègre pleinement un versant social et sert d'exemple aux trois autres nations (15).

Il est reconnu que les programmes de prévention connaissent un déploiement et une adhésion trop faible en France (4). Le manque de communication et de confiance entre les différents professionnels du à un exercice libéral cloisonné (78). Par exemple le manque de communication entre les prescripteurs et les pharmaciens est souvent évoqué comme un frein à la continuité de soins efficace (84). Au Québec l'exercice dans le public sur une base de salariat au Québec et l'exercice en tant que salarié de l'Etat, attaché à sa région au Royaume-Uni est plus développé.

4. Les modes d'exercice et de collaboration des différents professionnels de santé en charge

a) *L'exercice pluridisciplinaire*

La pratique multidisciplinaire est en plein essor et est encouragée par les politiques de santé dans les trois pays. En France, les CPTS favorisent la collaboration à distance entre divers professionnels de la santé, et avec le temps, elles pourraient évoluer pour devenir l'équivalent des ICS en Angleterre en ce qui concerne la définition des besoins de leur territoire. Les CISSS/CIUSSS au Québec sont uniques en tant que structures publiques responsables des soins primaires sur le terrain. Les maisons de santé, composées d'équipes pluridisciplinaires travaillant ensemble, existent dans les trois pays. Cette pratique multidisciplinaire facilite la collaboration, améliore la communication et favorise la confiance mutuelle entre les professionnels de la santé, tout en élargissant et en optimisant le partage des responsabilités entre eux (85). Par exemple, en France, les infirmiers Asalée jouent un rôle significatif dans le suivi des patients atteints de maladies chroniques, contribuant ainsi à une meilleure efficacité en matière de surveillance et de prévention. En Angleterre, la collaboration entre les médecins généralistes et les pharmaciens est bien perçue et bénéfique, tant du côté des professionnels de la santé que des patients (73).

b) *Le rôle du pharmacien*

Le pharmacien, en raison de son contact direct avec la population et de sa facilité d'accès, peut jouer un rôle essentiel dans la prévention. Les trois pays reconnaissent ce potentiel et élargissent les responsabilités des pharmaciens en matière de prévention. Au cours des dernières années, les pharmaciens ont vu leurs missions s'élargir, notamment en ce qui concerne la prévention. La prophylaxie, telle que la vaccination, est désormais accessible en pharmacie, bien que les modalités puissent légèrement varier d'un pays à l'autre. En France, dans le cadre de la lutte contre la montée de l'antibiorésistance et l'usage inapproprié des antibiotiques, les pharmaciens ont le droit de délivrer certains antibiotiques. Cependant, ils n'ont pas le droit de modifier une prescription.

Leur seule possibilité est de contacter le prescripteur et de l'informer en cas d'usage inapproprié. Au Québec, les pharmaciens ont le droit de prescrire certains médicaments dans des situations précisément définies par décret, ainsi que de modifier une prescription en informant le prescripteur. En Angleterre, une expérience intéressante a été menée au sein d'équipes pluridisciplinaires, où les pharmaciens jouent un rôle actif dans les entretiens thérapeutiques et peuvent prescrire en collaboration avec les médecins. Les retours de cette collaboration sont positifs, tant du côté des praticiens que des patients (73).

C. Des limites

Pendant l'analyse des résultats, des adaptations du modèle ont été nécessaires car certaines questions ne s'appliquaient pas à la prévention et certaines informations n'étaient pas disponibles dans la littérature. En conséquence, certaines questions ont été retirées de l'étude.

Le sujet de l'étude est vaste, couvrant à la fois la politique et l'organisation sur le terrain, les professionnels impliqués et leurs rôles, le financement global et la rémunération du personnel engagé. Ce format permet d'explorer les systèmes de santé, mais une recherche plus approfondie sera nécessaire à l'avenir. Par exemple, il serait intéressant de se pencher davantage sur le contenu du plan d'action interministériel et sur la manière dont il pourrait être mis en œuvre en France, ainsi que sur la collaboration interministérielle et le travail conjoint des professionnels de la santé et du secteur social dans des projets liés à la prévention et à la promotion de la santé.

Étant donné la densité des résultats, il a été décidé de se concentrer sur certains points clés, tels que la structure, la politique et la mise en œuvre sur le terrain. Il serait également intéressant d'approfondir d'autres aspects, tels que le financement et l'évaluation de l'efficacité des outils de communication.

Le Canada étant un État fédéral, il existe une diversité entre les provinces. Cette étude s'est concentrée sur le Québec, qui est la province la plus avancée en matière de politique de santé publique et de réduction des ISS.

Cependant, il peut parfois être difficile de trouver des données statistiques spécifiques au Québec, comparables aux données de la France.

Le Royaume-Uni comprend quatre nations, chacune ayant des systèmes similaires mais présentant des différences. Pour des raisons de simplicité, cette étude s'est concentrée sur l'Angleterre, qui est similaire aux trois autres nations et pour laquelle il existe une plus grande quantité d'informations disponibles. Il aurait été intéressant de mener des recherches supplémentaires sur l'Irlande du nord, la seule nation du Royaume Uni qui intègre vraiment les soins et le social au sein d'une politique et d'une autorité (15).

Malgré la reconnaissance de l'importance de la prévention dans la santé publique, il n'existe pas encore d'indicateurs clairs permettant d'évaluer l'efficacité des actions de prévention et de promotion de la santé dans les soins primaires. Par conséquent, il est difficile de tirer des conclusions et de comparer véritablement l'efficacité des systèmes de différents pays. Il est nécessaire de développer davantage d'indicateurs axés sur le processus pour évaluer le fonctionnement des systèmes. Une revue systématique de la place de la prévention et de la promotion de la santé dans les soins primaires des différents pays occidentaux pourrait permettre d'identifier des indicateurs de succès communs ainsi que les lacunes des systèmes.

D. Recommandations

Une politique à long terme semble propice pour mener les actions prévues jusqu'au bout.

Pour renforcer l'aspect opérationnel et la gestion des actions, l'instauration d'un plan global et interministériel pourrait être avantageuse. Ce plan devrait détailler les actions à mettre en œuvre, leur budget, les parties prenantes impliquées et les résultats escomptés.

Il serait judicieux que ce plan ait une durée plus courte que la politique globale en cours, afin de permettre un suivi des actions et d'ajuster les ressources en fonction des résultats. Il serait également pertinent d'inclure dans ce plan des indicateurs de processus, ainsi que de préciser les objectifs à atteindre et leur impact global.

La fusion des services sociaux et des soins au sein d'une même entité pourrait contribuer efficacement à réduire les inégalités sociales en matière de santé.

La création d'un canal de communication entre le terrain et les instances gouvernementales, ainsi qu'une plus grande autorité décisionnelle concernant les besoins et le budget des structures regroupant les professionnels de la santé, pourraient améliorer la compréhension des problématiques et des besoins locaux.

Pour favoriser l'adhésion des professionnels, il pourrait être bénéfique d'établir une communication post-programme de prévention, incluant des retours d'information avec les professionnels, et éventuellement, avec les patients.

De plus, il conviendrait de développer les rôles des pharmaciens, infirmiers et autres cliniciens dans les actes de prévention et de promotion de la santé, à l'image de ce qui se fait au Québec et au Royaume-Uni. Ces professionnels pourraient notamment assurer le premier contact avec les patients et les prendre en charge en matière de prévention. Les pharmaciens, en plus de la vaccination et du renouvellement d'ordonnances, pourraient également jouer un rôle efficace dans la prescription et la prise en charge clinique des patients, sous la supervision d'un médecin.

Les centres d'accès sans rendez-vous et les services sociaux existants pourraient constituer des points d'entrée pertinents pour les soins de santé primaires, ainsi que pour la prévention et la promotion de la santé.

Enfin, simplifier l'allocation des ressources serait essentiel pour assurer une traçabilité efficace et une gestion appropriée des dépenses allouées aux actions de prévention et de promotion de la santé. Cela devrait s'accompagner d'une meilleure intégration des structures en charge des activités sociales pour une prise en charge globale des déterminants de santé.

VI. Conclusion

Il a été constaté que les indicateurs de santé ne sont pas la mesure la plus appropriée pour évaluer l'efficacité du système de prévention, étant donné leur multifactorialité. Néanmoins, ils nous offrent une vue d'ensemble du système de soins dans lequel la prévention est un élément clé.

Dans l'ensemble, les trois pays présentent des données similaires. La France se distingue par des dépenses de santé plus élevées, une espérance de vie plus longue, et une excellente couverture vaccinale pour les enfants grâce à la vaccination obligatoire. Le Canada et le Royaume-Uni surpassent la France en termes de couverture vaccinale des adultes, notamment lors des campagnes saisonnières de vaccination, ainsi que par la mise en place relativement récente de la vaccination contre le HPV et du dépistage du cancer du sein. Sur la base de ces critères, on peut conclure que les systèmes de prévention de ces deux pays sont plus performants. Quelles peuvent être les raisons de cette performance ?

Ces trois systèmes de soins sont majoritairement financés par l'État, ce qui les rend relativement équitables en termes d'accès aux soins. Ils ont également bien intégré la prévention dans leur politique de santé publique. Sur le terrain, la mise en œuvre des directives est supervisée par des structures régionales ou locales composées de professionnels de la santé, chargés des actions de prévention et de promotion auprès de la population. Cette étude a soulevé certains points clés, tels que la durée de la politique gouvernementale, l'interdisciplinarité tant au niveau décisionnel que sur le terrain, ainsi que la collaboration pluridisciplinaire. Le plan décennal mis en place au Québec et au Royaume-Uni est un exemple intéressant d'une politique cohérente à long terme. Le Québec propose également une approche multi-ministérielle spécifique à la prévention, accompagnée d'un plan d'action opérationnel précisant les actions, les acteurs, les objectifs et les budgets, ainsi qu'une analyse de l'efficacité. Ce modèle pourrait inspirer d'autres pays.

La collaboration entre différents professionnels de la santé au sein des soins de santé primaires, avec une reconnaissance et une implication accrue des professionnels de la santé autres que les médecins généralistes, se révèle bénéfique pour l'accès à la prévention. Cependant, en France, l'exercice professionnel est historiquement cloisonné. Il serait donc intéressant de développer des modes de pratique collaboratifs similaires. Le Québec se distingue par sa proximité entre les instances décisionnelles et le terrain, ainsi que par le mode d'exercice des professionnels de la santé au sein des CISSS/CIUSSS, où la structure décisionnelle est proche du terrain et où les professionnels exercent dans un environnement non cloisonné. L'Angleterre présente une particularité avec un système assez similaire à celui de la France, mais la réforme est apparue pour donner suite aux demandes des acteurs locaux, notamment avec la transformation des CCG en ICS.

Le financement est un aspect intéressant qui n'a pas été examiné en détail lors de cette analyse. Il serait donc pertinent d'approfondir la question de l'encouragement financier possible des actions de prévention afin de privilégier ces actions par rapport aux actes de soins dans les soins de santé primaires, ainsi que d'explorer le fonctionnement des structures publiques de soins de santé primaires, à l'instar du Québec.

Il est essentiel de considérer la prévention comme un concept multifactoriel et d'intégrer des domaines tels que l'éducation, le logement, les transports et l'environnement dans les stratégies de prévention.

VII. Bibliographie

1. OMS. Constitution OMS [Internet]. [cité 31 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
2. Déclaration d'Alma-Ata [Internet]. OMS. World Health Organistaion; 1978 [cité 30 juill 2023]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/347880>
3. HAS. Présentation générale. Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs.pdf [Internet]. [cité 31 juill 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf
4. La politique de prévention en santé | Cour des comptes [Internet]. 2021 [cité 31 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-politique-de-prevention-en-sante>
5. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe. Promotion de la santé : Charte d'Ottawa [Internet]. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe; 1986 [cité 31 juill 2023]. Report No.: WHO/EURO:1986-4044-43803-61666. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349653>
6. Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande [Internet]. [cité 4 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes141.pdf>
7. IRDES. Soins de santé primaires : les pratiques professionnelles en France et à l'étranger. 2022
8. Rôle du médecin traitant et parcours de soins coordonnés [Internet]. [cité 31 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>
9. Kringos DS, Boerma GW, Hutchinson A, Saltman RB, éditeurs. Building primary care in a changing Europe: Case studies [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015 [cité 31 juill 2023]. (European

Observatory Health Policy Series). Disponible sur:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459010/>

10. LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 (1) Article 51 (31 décembre 2017)

11. Kringos DS, Boerma WGW, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A, et al. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract.* 27 oct 2010;11:81.

12. Eurohealthobservatory [Internet]. [cité 30 juill 2023]. Germany: health system review 2020. Disponible sur: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/germany-health-system-review-2020>

13. Cartier T, Senn N, Cornuz J, Bourgueil Y. Switzerland. In: Building primary care in a changing Europe: Case studies [Internet] [Internet]. European Observatory on Health Systems and Policies; 2015 [cité 12 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459012/>

14. Canada S. Le système des soins de santé du Canada [Internet]. 2011 [cité 3 août 2023]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/canada.html>

15. Anderson M, Pitchforth E, Edwards N, Alderwick A, McGuire A, Mossialos E. United Kingdom: health system review 2022 [Internet]. [cité 7 août 2023]. Disponible sur: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/united-kingdom-health-system-review-2022>

16. Hasvold T. Sweden. In: Building primary care in a changing Europe: Case studies [Internet] [Internet]. European Observatory on Health Systems and Policies; 2015 [cité 3 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459032/>

17. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy. 2022 [cité 3 août 2023]. Profiles of Public Health Systems in Canadian Provinces and Territories. Disponible sur: <https://ccnpps-nchpp.ca/profiles-of-public-health-systems-in-canadian-provinces-and-territories/>

18. Ma santé 2022 : décloisonnement et réorganisation des soins [Internet]. 2021 [cité 2 août 2023]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-decloisonnement-et-reorganisation-des-soins>
19. Pharmaciens communautaires - Partenaires du système - Santé et Services sociaux [Internet]. [cité 4 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/partenaires-du-systeme/pharmaciens-communautaires/>
20. Breton M, Levesque JF, Pineault R, Hogg W. L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires. *Prat Organ Soins*. 2011;42(2):101-9.
21. The primary care network handbook 2021-22 [Internet]. [cité 9 août 2023]. Disponible sur: <https://www.bma.org.uk/media/4222/bma-pcn-handbook-2021.pdf>
22. Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. 2023 [cité 4 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>
23. Les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) [Internet]. 2023 [cité 2 août 2023]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-msp>
24. OCDE (2023), Espérance de vie à la naissance (indicateur). doi: 10.1787/10e83f21-fr (Consulté le 3 septembre 2023). Disponible sur: <http://data.oecd.org/fr/healthstat/esperance-de-vie-a-la-naissance.htm>
25. OCDE (2023), Dépenses de santé (indicateur). doi: 10.1787/1ae0af3d-fr (Consulté le 2 août 2023) Disponible sur: <http://data.oecd.org/fr/healthres/depenses-de-sante.htm>
26. OECD (2023), Child vaccination rates (indicator). doi: 10.1787/b23c7d13-en (Accessed on 2 août 2023) Disponible sur: <http://data.oecd.org/healthcare/child-vaccination-rates.htm>

27. OECD (2023), Influenza vaccination rates (indicator). doi: 10.1787/e452582e-en (Accessed on 2 août 2023). Disponible sur: <http://data.oecd.org/healthcare/influenza-vaccination-rates.htm>
28. Un tableau de bord des indicateurs de santé publique : de quoi parle-t-on ? [Internet]. 2022 [cité 31 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/etablissement/actualites/un-tableau-de-bord-des-indicateurs-de-sante-publique-de-quoi-parle-t>
29. OCDE (2021), « Cancer du sein », dans Health at a Glance 2021 : OECD Indicators, Éditions OCDE, Paris. DOI: <https://doi.org/10.1787/6c7260bf-fr>
30. WHO. Alcohol, recorded per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol) [Internet]. [cité 2 août 2023]. Disponible sur: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-recorded-per-capita-\(15-\)-consumption-\(in-litres-of-pure-alcohol\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-recorded-per-capita-(15-)-consumption-(in-litres-of-pure-alcohol))
31. OCDE (2021), « Tabagisme chez les adultes », dans Health at a Glance 2021 : OECD Indicators, Éditions OCDE, Paris. DOI: <https://doi.org/10.1787/facf453d-fr>
32. OCDE (2021), « Dépenses de santé en proportion du PIB », dans Panorama de la santé 2021 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/abdeea0e-fr>.
33. OCDE (2021), Preventing Harmful Alcohol Use, OECD Health Policy Studies, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>.
34. Couverture vaccinale [Internet]. [cité 14 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>
35. WHO. Existence of national HPV vaccination programme in the national immunization schedule [Internet]. [cité 2 août 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/existence-of-national-hpv-vaccination-programme>

36. WHO. Coverage of national cervical cancer screening program (%) [Internet]. [cité 2 août 2023]. Disponible sur: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/coverage-of-national-cervical-cancer-screening-program-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/coverage-of-national-cervical-cancer-screening-program-(-))
37. Cancer du col de l'utérus [Internet]. [cité 14 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
38. OCDE (2021), « Cancer du sein », dans Panorama de la santé 2021 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/6c7260bf-fr>.
39. Loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires). juil 21 2009.(version à jour 29 novembre 2017)
40. Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. 2023 [cité 31 juill 2023]. La stratégie nationale de santé 2018-2022. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>
41. Plan National de Santé Publique [Internet]. [cité 31 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.reseau-national-nutrition-sante.fr/fr/plan-national-de-sante-publique-priorite-prevention.html>
42. Loussouarn C, Franc C, Videau Y, Mousquès J. Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins. Rev Déconomie Polit. 2019;129(4):489-524.
43. IRDES. Evaluation Asalée : Daphnee - Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation : Présentation - Irdes [Internet]. [cité 2 août 2023]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/projets/daphnee-doctor-and-advanced-public-health-nurse-experiment-evaluation/actualites.html>
44. PromoSanté IdF [Internet]. 2018 [cité 5 sept 2023]. Rapport HCAAM 2018 - Contribution à la transformation du système de santé. Disponible sur: <https://www.promosante-idf.fr/actualites/rapport-hcaam-2018-contribution-la-transformation-du-systeme-de-sante>
45. Asalée, vous connaissez ? [Internet]. [cité 2 août 2023]. Disponible sur: <http://www.asalee.org/>

46. Fournier C. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. 2008;(232):8.
47. Décret n° 2019-835 du 12 août 2019 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et à sa prise en charge par l'assurance maladie. 2019-835 août 12, 2019.
48. Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. 2023 [cité 2 août 2023]. L'infirmier en pratique avancée. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
49. Les missions du pharmacien d'officine [Internet]. [cité 2 août 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/medicaments/missions-pharmacien>
50. CNOP [Internet]. [cité 2 août 2023]. Pharmacien correspondant : le dispositif entre en application. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/pharmacien-correspondant-le-dispositif-entre-en-application>
51. Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. 2023 [cité 2 août 2023]. Les protocoles de coopération. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-de-cooperation>
52. Santé Publique France. Répertoire des interventions efficaces ou prometteuses en prévention et promotion de la santé [Internet]. [cité 2 août 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante/repertoire-des-interventions-efficaces-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante>
53. OCDE (2021), Panorama de la santé 2021 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/fea50730-fr>.
54. Principaux rôles et responsabilités - Système de santé et de services sociaux en bref - Santé et Services sociaux [Internet]. [cité 3 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/systeme-de-sante-et-de-services-sociaux-en-bref/principaux-roles-et-responsabilites/>

55. Morency S, Simard J, Provost MH, Moreault L, Cardinal L, Grenier AM, et al. L'intégration de pratiques cliniques préventives.

56. MSSS. Programme national de santé publique 2015-2025 - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux [Internet]. [cité 3 août 2023]. Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>

57. Politique gouvernementale de prévention en santé - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux [Internet]. [cité 3 août 2023]. Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001753/>

58. Plan d'action interministériel 2022-2025 de la Politique gouvernementale de prévention en santé - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux [Internet]. [cité 3 août 2023]. Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003411/>

59. Bernier NF. Réduire les vulnérabilités et les inégalités sociales : tous ensemble pour la santé et le bien-être.

60. La sécurité sociale des salariés au Canada [Internet]. [cité 3 août 2023]. Disponible sur: https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_canada_salaries.html

61. Centre intégré de santé et de services sociaux et centre intégré universitaire de santé et de services sociaux - Métiers et professions en santé et services sociaux [Internet]. [cité 3 août 2023]. Disponible sur: <https://avenirensante.gouv.qc.ca/milieus-de-travail/centre-integre>

62. Strumpf E. L'évaluation des groupes de médecine de famille (GMF).

63. CIUSSS MCQ [Internet]. [cité 3 août 2023]. Affiliation et partenaires. Disponible sur: <https://www.ciuusssmcq.ca/a-propos-de-nous/le-ciuusss-mcq/affiliation-et-partenaires>

64. Nouveaux services rémunérés en pharmacie – Service d'accès en pharmacie à la vaccination prévue au Programme québécois d'immunisation et service de prescription et d'administration de certains médicaments en situation d'urgence [Internet]. [cité 5 sept 2023]. Disponible sur:

<https://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/infolettres/2020/info132-20.pdf>

65. GOV.UK [Internet]. [cité 7 août 2023]. Guide to the Healthcare System in England. Disponible sur: <https://www.gov.uk/government/publications/guide-to-the-healthcare-system-in-england>

66. Human papillomavirus (HPV) vaccination coverage in adolescent females and males in England: 2020 to 2021 [Internet]. [cité 14 sept 2023]. Disponible sur: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1126609/hpr2021_HPVC_v2.pdf

67. NHS Long Term Plan » The NHS Long Term Plan [Internet]. [cité 11 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.longtermplan.nhs.uk/publication/nhs-long-term-plan/>

68. Anderson M, Pitchforth E, Edwards N, Alderwick H, McGuire A, Mossialos E. eurohealthobservatory. [cité 7 août 2023]. United Kingdom: health system summary | European Observatory on Health Systems and Policies. Disponible sur: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/united-kingdom-health-system-summary>

69. NHS England » Clinical pharmacists [Internet]. [cité 9 août 2023]. Disponible sur: <https://www.england.nhs.uk/gp/expanding-our-workforce/cp-gp/>

70. Integrated care systems: what do they look like? - The Health Foundation [Internet]. [cité 9 août 2023]. Disponible sur: <https://www.health.org.uk/publications/long-reads/integrated-care-systems-what-do-they-look-like>

71. Health [Internet]. 2019 [cité 9 août 2023]. Primary Care Multi-disciplinary teams (MDTs) | Department of Health. Disponible sur: <https://www.health-ni.gov.uk/articles/primary-care-multi-disciplinary-teams-mdts>

72. Nurse-Family Partnership, About us [Internet]. Nurse-Family Partnership. [cité 9 août 2023]. Disponible sur: <https://www.nursefamilypartnership.org/about/>

73. Ryan K, Patel N, Lau WM, Abu-Elmagd H, Stretch G, Pinney H. Pharmacists in general practice: a qualitative interview case study of stakeholders' experiences in a West London GP federation. *BMC Health Serv Res.* 2 avr 2018;18(1):234.

74. NHS health information – The Assist Practice [Internet]. [cité 9 août 2023]. Disponible sur: <https://assistpractice.co.uk/services/nhs-health-information/>
75. Chauvin F. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 2 août 2023]. Dessiner la santé publique de demain. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/dessiner-la-sante-publique-de-demain>
76. L'Assurance maladie. SI-Portail. [cité 10 sept 2023]. Dossier Médical Partagé. Disponible sur: <https://www.dmp.fr>
77. Mon espace santé | ameli.fr | Assuré [Internet]. [cité 10 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/mon-espace-sante>
78. Or Z, Gandré C, Seppänen AV, Hernández-Quevedo C, Webb E, Michel M, et al. France: health system review 2023 [Internet]. [cité 10 sept 2023]. Disponible sur: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/france-health-system-review-2023>
79. Gouvernement du Québec [Internet]. [cité 10 sept 2023]. Historique du programme – Programme de vaccination contre les infections par les virus du papillome humain (VPH). Disponible sur: <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/vaccination/programme-de-vaccination-contre-les-infections-par-les-vph/historique-du-programme>
80. nhs.uk [Internet]. 2019 [cité 10 sept 2023]. HPV vaccine. Disponible sur: <https://www.nhs.uk/conditions/vaccinations/hpv-human-papillomavirus-vaccine/>
81. A D. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 10 sept 2023]. Généralisation de la vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) en classe de 5e dès la rentrée 2023. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/generalisation-de-la-vaccination-contre-les-infections-a-papillomavirus-humains>
82. Bernier - Réduire les vulnérabilités et les inégalités socia.pdf [Internet]. [cité 3 août 2023]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2781-reduire-vulnerabilite-inegalites-sociales.pdf>

83. INSPQ. Institut national de santé publique du Québec. [cité 10 sept 2023]. Déterminants de la santé | INSPQ. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-sante>

84. Essilini A, Pierre A, Bocquier A, Pulcini C, Wilcke C, Gravoulet J, et al. Community pharmacists' views on their current role and future opportunities for antibiotic stewardship: a French qualitative study. *JAC-Antimicrob Resist.* 28 août 2021;3(3):dlab129.

85. Fowler T, Garr D, Mager NDP, Stanley J. Enhancing primary care and preventive services through Interprofessional practice and education. *Isr J Health Policy Res.* 23 mars 2020;9(1):12.

VIII. Annexes

A. Table France

Structure		
Gouvernance	Intégration de la prévention dans la politique de Santé	Un des 4 axes de stratégie national de santé PNSP "à l'initiative des acteurs"
	Structures chargées de la prévention	L'Etat, l'Assurance maladie, ARS*
Conditions économiques	Mode de financement	Un financement public + une part à charge de patient Multiples voies de financement Contrat aux objectifs et à l'initiative des acteurs entre l'ARS ou l'Assurance maladie et des professionnels de santé (structures pluridisciplinaires ou individuel)
	Dépenses pour la Santé	11,9% du PIB en 2022
	Dépenses pour la prévention	0,63 % de PIB, comparable au Royaume-Uni Difficile d'identifier la part pour la prévention Deux types : programmes de prévention et des actes de prévention 15 MdE estimé à minima : programmes institutionnels de prévention (6MdE) et les actes de prévention remboursés (9MdE)
	Type de Rémunération de la prévention	Soit à l'acte soit aux objectifs Des accords de financement aux objectifs

		avec des différentes structures de santé : Peps/Ipep avec ARS Les conventions des professionnels de santé, volet prévention et Rosp avec Assurance maladie ACI pour les CPTS
Les professionnels de santé impliqués	Professionnels	Médecin généraliste Pharmacien, sage-femme, dentiste IPA infirmières de pratique avancée (IPA) ; Infirmières Asalée
	Modes d'exercice collectifs	Associations : infirmières Asalée Structures : CPTS/MSP
Processus		
Accès	Géographique	Inégalités territoriales
	Prévention	à l'acte : lié à l'accès géographique Programme et projet à l'initiative des acteurs, variable selon la région (accords ARS/structures) Programmes nationales, limité par la géographie : dépistages, vaccination, « Mois sans tabac »
	Financement	Remboursement de la totalité ou d'une partie Programmes financés par le budget publique
	Adhésion	Manque d'adhésion des professionnels, manque de temps et de rentabilité Participation faible à certains dépistages
Continuité	Information	Plateforme avec des actions de

		prévention : Oscar Répertoire des interventions efficaces ou prometteuses en prévention et promotion de la santé (Santé Publique France) Projet Dossier médicale partagé Mon espace santé Ameli
	Parcours de prévention	Suit les SSP
	Lien Prévention/Soins	Prévention est lié à la santé, même lieux, même professionnels Équipe et structures pluri professionnels
Coordination	« Gatekeeper »	Médecin généraliste est une porte d'entrée non obligatoire
	Coordination entre les professionnels et les structures	Pas de schémas clairs d'interaction et de coordination, exercice cloisonné
Exhaustivité	Télé médecine	Oui
	Premier contact avec la prévention	Via professionnels de soins Communication Santé Publique France/ ARS Interventions organisées par des différents acteurs et structures d terrain

*MSP : Maisons de Santé Pluridisciplinaires

*CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

*ARS : Agence régionale de santé

B. Table Québec

Structure		
Gouvernance	Intégration de la prévention dans la politique de Santé	Programme national de santé publique : PCP intégrées depuis 2003 PCP dans PAR et PAL Politique de prévention en santé 2015-2025 est centré sur des différents déterminants de la santé autres que les soins : environnement, habitudes de vie, aménagement des territoires
	Structures chargées de la prévention	Système à deux niveaux : national (MSSS) et local (CISSS), DRSP
Conditions économiques	Mode de financement	Public en majorité, une part privée
	Dépenses pour la Santé	11,2% PIB en 2022
	Dépenses pour la prévention	0,8 % du budget global de MSSS consacré à la santé publique
	Type de Rémunération de la prévention	à l'acte Contrat GMF/instance locale pour des finance supplémentaire (budget santé

		public) CLSC font partie des CISSS, financé directement par le budget pour la santé publique
Les professionnels de santé impliqués	Professionnels	Médecin généraliste Personnel paramédical et social (CLSC) Rôle de l'infirmier (ICPC*) et du pharmacien bien installer dans la prévention
	Modes d'exercice collectifs	GMF* (cabinet pluridisciplinaire libérale) CLSC* (centre publique)
Processus		
Accès	Géographique	Inégalité territoriale Regroupement CLSP/GMF
	Prévention	Professionnels de soins Accès à la prévention simplifié par le rôle de l'infirmier spécialisé et du pharmacien communautaire
	Financement	CISSS/CIUSSS = lien soins et service sociaux CLSC centres publics

	Adhésion	Meilleure adhésion au vu du développement des tâches dans la prévention par des professionnels de santé Guide d'intégration des PCP : Technique travaillé pour l'adhésion : infirmière facilitatrice, délégué médicale pour intégrer des PCP, rémunération dans actes de prévention
Continuité	Information	Dossier informatique partagé
	Parcours de prévention	CLSC facilité car lien avec d'autres professionnel
	Lien Prévention/Soins	Professionnels de santé en charge Lien service santé et social au sein des CLSC
Coordination	« Gatekeeper »	Médecin généraliste mais aussi infirmier ou pharmacien clinicien au sein d'un cabinet
	Coordination entre les professionnels et les structures	Coordination local
Exhaustivité	Télé médecine	Oui
	Premier contact avec la prévention	Rendez-vous médicaux Programme national

*PCP : Pratiques cliniques préventives

*PAR : Plan d'action régional

*PAL : Plan d'action local

*MSSS : ministère de la Santé et des services sociaux

*CISSS : Centre intégrés de santé de services sociaux

*DRSP : Direction Régionale de Santé Publique

*CLSC : centre local de services communautaires

*ICPC : infirmier-conseil en prévention clinique

*GMF : Groupe de médecin de famille

C. Table Royaume-Uni

Structure		
Gouvernance	Intégration de la prévention dans la politique de Santé	<p>Le NHS* Long Term Plan (10 ans)</p> <p>Comprend la prévention comme le bilan de santé pour adultes entre 40-74 ans</p> <p>Formation des professionnels pour la promotion et la prévention (nutrition, alcool)</p>
	Structures chargées de la prévention	<p>NHS dans les 4 pays indépendant au niveau national, au niveau régional en Angleterre</p> <p>CCG remplacés par ICS en 2022</p> <p>En Irlande santé et social lié</p>
Conditions économiques	Mode de financement	Public en majorité, une part de privé
	Dépenses pour la Santé	11,3%de PIB en 2022
	Dépenses pour la prévention	<p>Difficile à identifier, une part santé publique, une part à l'acte</p> <p>Selon le Rapport de la Cour des Comptes la part du PIB consacrée à la prévention atteinte en France est de à 0,63 % ce qui est comparable au Royaume-Uni</p>

	Type de Rémunération de la prévention	<p>Santé publique :</p> <p>Gouv→NHS→CCG(ICS)→PCN</p> <p>Médecin généraliste : contrat avec l'état</p> <p>Plus supplément pour certaines actions de prévention (ex : vaccination)</p> <p>Plus rémunération à la performance</p> <p>PCN ont des contrats de rémunération en plus pour des rôles précis avec des objectifs à long terme</p>
Les professionnels de santé impliqués	Professionnels	<p>Médecin généraliste</p> <p>Infirmier et pharmacien clinicien</p> <p>Métiers paramédicaux</p>
	Structures	<p>Nurse family partnership</p> <p>PCN*: associations pluridisciplinaire des professionnels de santé en lien avec le service social</p> <p>MSP*</p>
Processus		
Accès	Géographique	Inégalités territoriales
	Prévention	<p>Médecin généraliste</p> <p>Cabinet pluridisciplinaire</p>

		Rendez-vous avec le pharmacien clinicien Au sein des associations comme nurse family partnership
	Financement	les praticiens rémunéré par l'état
	Adhésion	Des nouveaux rôles dans la prévention chez les praticiens
Continuité	Information	Assist (site NHS) Projet Dossier électronique NHS App : accès au dossier médical, partage de données, prise de rendez-vous
	Parcours de prévention	Au sein de parcours des soins
	Lien Prévention/Soins	Professionnels de santé
Coordination	« Gatekeeper »	Médecin Généraliste Au sein du cabinet, il peut y avoir une infirmière ou un pharmacien clinicien qui a ce rôle
	Coordination entre les professionnels et les structures	Coordination national, régional, local Communication et confiance entre le médecin vers le pharmacien et l'infirmière

Exhaustivité	Télémédecine	Oui
	Premier contact avec la prévention	Médecin Pharmacien Infirmier Programme national Site NHS

*NHS : National Health System

*CCG : Clinical Commission Groupe

*ICS : Integrated Care System

*PCN : Primary care network

*MDT : Multi-disciplinary team