

T H I N K T A N K

ÉCONOMIE SAN+É

LA RECOMMANDATION

2 0 2 2

PRÉVENTION EN SANTÉ

Créer un choc de cohérence et d'efficacité
au plus près des citoyens
en clarifiant le partage des responsabilités

#thinktankeconomiesante

UNE PUBLICATION

Les Echos
Le Parisien
ÉVÉNEMENTS

LE THINK TANK **ÉCONOMIE SAN+É**

Le Think Tank Économie Santé, développé par Les Echos Le Parisien Evénements, en collaboration avec Philippe Leduc, publie chaque année une recommandation issue de ses travaux.

Ce groupe de réflexion dédié à l'économie de la santé s'inscrit dans le prolongement des conférences des Echos Le Parisien Evénements.

LES OBJECTIFS DU THINK TANK **ÉCONOMIE SAN+É**

Apporter une contribution concrète et pragmatique en s'appuyant sur une démarche originale et transversale. En se focalisant sur le rôle et la responsabilité de chacun des acteurs et opérateurs pour une meilleure qualité des soins, un réel accès aux soins pour tous et une optimisation des dépenses.

L'originalité du Think Tank Économie Santé repose sur la qualité des membres de son comité. Ils sont, bien sûr, experts du système de soins, mais aussi, et surtout, d'horizons différents, ce qui garantit la qualité et l'indépendance de la démarche.

LE THINK TANK **ÉCONOMIE SAN+É**

- Est indépendant et ouvert sur la société ;
- S'appuie sur des travaux de recherche ;
- Se situe dans une perspective d'intérêt général, ce dernier ne se réduisant pas à une alliance d'intérêts particuliers ;
- Produit des recommandations ;
- S'inscrit dans le temps ;
- Médiatise largement ses conclusions, notamment lors des conférences des Echos Le Parisien Evénements et sous différentes formes, papier et électronique.

UN BLOG POUR ÉCHANGER ET DÉBATTRE
www.thinktank-economiesante-blog.fr

Le blog du Think Tank Économie Santé est un lieu de débats et de propositions pour enrichir la connaissance et la réflexion de chacun. Sur ce blog, les travaux du Think Tank sont soumis à la discussion.

Sur le blog du Think Tank Économie Santé sont également publiés régulièrement des billets sur l'actualité du secteur, avec le plus souvent le document concerné en lien pour faciliter l'appropriation de la thématique et les prises de position.

SOMMAIRE

LES MEMBRES DU THINK TANK	4
Personnalités invitées et remerciements	6
LA RECOMMANDATION // INTRODUCTION	7
▶ Une opportunité exceptionnelle...	7
▶ ... Un risque majeur de procrastination	7
LA RECOMMANDATION // EN BREF	8
▶ Créer un choc de cohérence et d'efficacité au plus près des citoyens en clarifiant le partage des responsabilités	8
▶ Les 5 propositions en résumé	9
LA RECOMMANDATION // ARGUMENTATION	10
▶ La France présente des résultats médiocres en matière de prévention en santé	10
▶ Le constat est sévère et ancien	10
▶ Le contexte	11
▶ Réinventer les principes de mise en œuvre	12
▶ L'objectif	12
▶ Les 5 propositions en détail	13
Références	19
CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES DES MEMBRES DU THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ	20
LES RECOMMANDATIONS DU THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ 2012-2021	33





Jean-Philippe ALOSI
Directeur des affaires
publiques et gouvernementales,
AMGEN



Philippe AMOUEL
Chef du service de santé publique,
épidémiologie, économie
de la santé et prévention,
CHU DE LILLE



Christian ANASTASY
Expert



William HAYNES
Secrétaire général,
**INTERSYNDICALE NATIONALE
DES INTERNES (ISNI)**



Élisabeth HUBERT
Présidente,
**FÉDÉRATION NATIONALE
DES ÉTABLISSEMENTS
D'HOSPITALISATION À DOMICILE
(FNEHAD)** ; Ancienne Ministre



Christophe LANNELONGUE
Ancien Directeur général,
**AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ
(ARS) GRAND EST**



Martine Aoustin
Ancienne Directrice générale,
ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON



Cédric ARCOS
Directeur général adjoint,
RÉGION ÎLE-DE-FRANCE



Michel BALLEREAU
Missions coopérations européennes
et internationales en santé auprès
du Secrétaire général,
**MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**



Emanuel LOEB
Président,
JEUNES MÉDECINS



Jacques LUCAS
Président,
**AGENCE DU NUMÉRIQUE
EN SANTÉ (ANS)**



Yannick LUCAS
Directeur des affaires publiques
et des relations internationales
de la Mutualité française,
**FÉDÉRATION NATIONALE DE LA
MUTUALITÉ FRANÇAISE (FNMF)**



Souhad BALLOUK
Directeur stratégie
& développement,
VIVOPTIM SOLUTIONS



Sophie BEAUPÈRE
Déléguée générale,
UNICANCER



Daniel BENAMOUZIG
Sociologue,
Directeur de recherche,
CNRS SCIENCES PO



Bertrand MAS-FRAISSINET
Président,
GROUPE PASTEUR MUTUALITÉ



Marion MENUT
Responsable des affaires
gouvernementales et
institutionnelles,
ABBVIE FRANCE



Étienne MINVIELLE
Professeur,
**ÉCOLE POLYTECHNIQUE-CNRS
GUSTAVE-ROUSSY**



Anne-Françoise BERTHON
Experte



François BLANCHECOTTE
1^{er} Vice-président,
LES LIBÉRAUX DE SANTÉ



Jean-Yves BLAY
Président,
UNICANCER



Ludovic MOY
Gynécologue,
spécialisé en infertilité



Béatrice NOËLLEC
Directrice des relations
institutionnelles
et de la veille sociétale,
**FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION
PRIVÉE (FHP)**



Jean-Paul ORTIZ
Président,
**CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS
MÉDICAUX FRANÇAIS (CSMF)**



Gilles BONNEFOND
Ancien Président,
USPO



Jean-Baptiste BONNET
Endocrinologue ;
Ancien Président,
ISNI



Jean BOURHIS
Président,
POLAR SANTÉ



Michel PAOLI
Conseiller santé à la direction
générale,
**GROUPE IMA - INTER
MUTUELLES ASSISTANCE**



Benoît PÉRICARD
Expert



Dominique POLTON
Ancienne Présidente,
**INSTITUT NATIONAL DES
DONNÉES DE SANTÉ (INDS)**



Vincent BOUVIER
Président-directeur général,
VIDAL



Bruno CARRIÈRE
Directeur général,
UNIHA



Michel CAZAUGADE
1^{er} Vice-président,
GROUPE PASTEUR MUTUALITÉ



Étienne POT
Médecin addictologue,
Médecin de santé publique



Annie PRÉVOT
Directrice,
**AGENCE DU NUMÉRIQUE
EN SANTÉ (ANS)**



Gérard RAYMOND
Président,
FRANCE ASSOS SANTÉ



Jean-Michel CHABOT
Universitaire,
Santé publique



Laurence COMTE-ARASSUS
Directrice générale, France BeLux
et Afrique francophone,
GE HEALTHCARE



Michel COUHERT
Directeur de l'offre de soins,
de l'autonomie et des parcours,
**FÉDÉRATION NATIONALE DE LA
MUTUALITÉ FRANÇAISE (FNMF)**



Noël RENAUDIN
Expert



Vincent ROQUES
Directeur de cabinet,
**FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE
DE FRANCE (FHF)**



Erika SAILLANT
Directrice stratégie et
marketing, France BeLux,
GE HEALTHCARE



Guillaume DEDET
Analyste des politiques de santé,
**ORGANISATION DE COOPÉRATION ET
DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES
(OCDE)**



Florence DUPRÉ
Présidente,
MEDTRONIC



Claude ÉVIN
Avocat ; Ancien Ministre



Christine SCHIBLER
Déléguée générale,
**FÉDÉRATION DE
L'HOSPITALISATION PRIVÉE (FHP)**



Anouk TRANCART
Directrice accès au marché,
SNITEM



Renaud VIGNON
Associé, santé et protection
sociale,
PWC FRANCE



Félix FAUCON
Responsable de la mission
d'audit des fonds européens,
**INSPECTION GÉNÉRALE DES
AFFAIRES SOCIALES (IGAS)**



Virginie FEMERY
Directrice générale,
VIVOPTIM SOLUTIONS



Pascale GELIN
Directrice prospective santé
en territoire,
NOVARTIS



Alexandre VON LOWIS
Responsable
des affaires publiques,
MEDTRONIC



Olivier GOÉAU-BRISSONNIÈRE
Président,
**FÉDÉRATION DES SPÉCIALITÉS
MÉDICALES (FSM)**



David GRUSON
Directeur du programme
santé, **GROUPE LUMINESS** ;
fondateur, **ETHIK-IA** ; membre du
comité de direction de la chaire
santé, **SCIENCES PO PARIS**



Elisabeth HACHMANIAN
Associée,
PWC FRANCE



Direction et animation :
Philippe LEDUC
Directeur,
THINK TANK ÉCONOMIE SANTÉ



Gestion de projet :
Laëtitia DE KILKHEN
Responsable de projet,
LES ECHOS LE PARISIEN ÉVÉNEMENTS

PERSONNALITÉS INVITÉES



Philippe AMOUYEL
 Chef du service de santé publique,
 épidémiologie, économie de la santé et
 prévention, **CHU DE LILLE** ;
 Directeur général, **FONDATION ALZHEIMER**



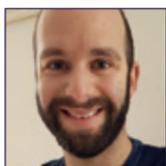
Franck CHAUVIN
 Président,
HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE



Éric CHENUT
 Président,
MUTUALITÉ FRANÇAISE



Dr Alexandre FELTZ
 Adjoint à la maire de Strasbourg
 en charge de la santé publique
 et environnementale



Jonathan SICSIC
 Économiste de la santé,
UNIVERSITÉ DE PARIS



Anne SMETANA
 Attachée santé,
**AMBASSADE ROYALE DU DANEMARK
 EN FRANCE**



Ayden TAJAHMADY
 Directeur adjoint,
**CNAM, DSES (DIRECTION DE LA
 STRATÉGIE, DES ÉTUDES ET DES
 STATISTIQUES)**



REMERCIEMENTS

Merci aux personnalités ci-dessus, qui ont accepté de participer à une réunion du Think Tank Économie Santé et de répondre à toutes nos questions après un exposé préliminaire sur la prévention en santé.

Merci également aux Echos Études, pour leur remarquable documentation, et à Hospimedia, source d'informations aussi précieuses qu'exhaustives.

LA RECOMMANDATION 2022 // INTRODUCTION

La prévention est d'évidence le sujet le plus essentiel en matière de santé.

C'est aussi l'un des plus difficiles à mener à bien.

En France en particulier.

En dépit d'efforts de toutes parts, des nombreux professionnels et des acteurs impliqués, la prévention reste le parent pauvre de la santé en France.

L'objectif de la Reco 2022 du Think Tank Économie Santé n'est pas de réinventer la prévention en santé et ses principes mais de déterminer les conditions pour qu'enfin elle soit, en France, efficace.

La réflexion du Think Tank Économie Santé et ce travail collectif se sont heurtés à plusieurs difficultés. La situation de la prévention en France est confuse, reposant sur une multitude d'actions disparates et dispersées dont l'évaluation est difficile. Aucune vision globale de la prévention en santé n'a été portée au cours des cinquante dernières années, en dehors d'actions ponctuelles ciblées. Notre culture et l'organisation actuelle, fondée depuis les années 1950 sur le modèle biomédical, privilégient le soin, limitant de facto les démarches de prévention.

Il nous fallait éviter deux écueils : tenter de réinventer la prévention ou, à l'inverse, ajouter au concert permanent des sempiternelles incantations.

La mise en œuvre de la prévention manque de cohérence, de proximité, de clarification, de partage des responsabilités et de synergie et, enfin, d'un financement dédié, ciblé et sanctuarisé. Nos propositions s'inscrivent dans cette perspective.

Merci aux personnalités venues plancher et discuter avec les membres du Think Tank. La richesse des échanges, sans barrières, nous a permis de dépasser les lieux communs et de faire des propositions concrètes, certes ambitieuses, mais finalement pas si difficiles à mettre en œuvre.

- **Pr Franck Chauvin**, Président du Haut Conseil de la santé publique (HCSP)
- **Anne Smetana**, Responsable santé, ambassade royale du Danemark en France
- **Jonathan Sicsic**, Économiste de la santé, université de Paris
- **Pr Philippe Amouyel**, Chef du service de santé publique, épidémiologie, économie de la santé et prévention, CHU de Lille, et Directeur général de la Fondation Alzheimer
- **Éric Chenut**, Président de la Mutualité française
- **Ayden Tajahmady**, Directeur adjoint, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et DSES (Direction de la stratégie, des études et des statistiques)
- **Dr Alexandre Feltz**, Adjoint à la maire de Strasbourg

Une opportunité exceptionnelle...

La crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 est une opportunité en France pour réfléchir et mettre en œuvre une politique de prévention cohérente et efficace. Aujourd'hui, les meilleurs moyens de lutter contre cette pandémie, ce sont les actions de prévention : gestes barrières et vaccination.

Et si les actions préventives contre un certain nombre de facteurs de risque de forme grave de Covid-19, comme l'obésité (facteur aggravant en soins critiques), avaient été plus efficaces, la mortalité aurait pu certainement être encore réduite.

Jamais la prévention n'aura été à ce point mise en avant dans notre pays.

Jamais elle n'aura été aussi discutée, et finalement adoptée par la très grande majorité de nos concitoyens.

Jamais la prévention n'aura été autant incluse et détaillée dans les plateformes politiques en vue de l'élection présidentielle des différents organismes et associations, des fédérations hospitalières, de France Assos Santé, de la Mutualité française ou des quelques think tanks spécialisés en santé.

Tout le monde fait ou veut faire de la prévention et chacun y va de ses propositions. La période est donc particulièrement propice à une intense prise de conscience de la nécessité d'investir enfin vraiment dans la prévention en santé en France.

... Un risque majeur de procrastination

Mais, une fois la crise sanitaire passée, tout cet élan résistera-t-il au retour à la vie d'avant et aux mauvaises habitudes, c'est-à-dire à une vision court-termiste et au traitement de l'urgence au détriment de mesures de prévention qui, même si certaines ont des effets très rapides, sont globalement perçues comme de long terme. Les besoins du système de soins sont tellement importants, en particulier à l'hôpital mais aussi en médecine de ville et dans le secteur médico-social, que la définition et l'implémentation d'une politique de prévention risquent une fois de plus de passer à la trappe. Qui aurait l'outrecuidance de défendre la prévention contre une réforme de l'hôpital ? Le ferait-il qu'il ne serait pas entendu.

Ce risque de procrastination est majeur. L'absence de renforcement de la prévention en France aura pour conséquences de pérenniser et d'aggraver le cercle vicieux actuel : toujours davantage de pathologies aiguës non anticipées et favorisées par le vieillissement de la population, toujours plus de besoins de soins aigus à l'hôpital comme en ville et donc une augmentation des dépenses dans le secteur du soin et de moins en moins d'investissements pour la prévention. Alors que, justement, l'avenir du système de santé et de l'hôpital s'inscrit dans une politique forte de réduction des pathologies qui, elle, ne peut passer que par la prévention.

LA RECOMMANDATION 2022 // EN BREF

► CRÉER UN CHOC DE COHÉRENCE ET D'EFFICACITÉ AU PLUS PRÈS DES CITOYENS EN CLARIFIANT LE PARTAGE DES RESPONSABILITÉS

La France présente des résultats médiocres en matière de prévention en santé

Face aux évolutions démographiques (vieillesse de la population) et épidémiologiques (croissance des maladies chroniques et des polyopathologies), la prévention en santé n'a jamais été aussi essentielle pour éviter les souffrances et les incapacités, limiter la pression sur le système de santé et en particulier l'hôpital, maintenir le plus longtemps possible les Français à leur domicile, contenir la croissance des dépenses de santé et donc assurer la soutenabilité de notre système de santé au sens large.

La prévention en santé est l'enjeu majeur du XXI^e siècle et de la décennie en particulier, et pourtant, malgré des alertes successives et des déclarations volontaristes, les mesures d'envergure ne sont toujours pas prises.

Le constat est sévère et ancien

- L'espérance de vie en bonne santé à 65 ans en France est nettement inférieure à celle des pays nordiques et aussi à celle de l'Allemagne et du Royaume-Uni.
- La mortalité liée à des causes évitables par la prévention est élevée en France.
- Tabac, alcool, obésité, sédentarité, etc. : soit les déterminants péjoratifs de santé en France restent à un niveau élevé, comme le tabagisme et l'alcool, soit ils ont tendance à se dégrader, comme pour le surpoids, l'obésité et le niveau de sédentarité.
- **Les inégalités de santé entre les territoires et entre les catégories socioprofessionnelles restent fortes.**

Le contexte

- La France n'a pas de culture de prévention. Depuis l'après-guerre, seul le curatif biomédical a été développé et soutenu, qui aujourd'hui atteint sa limite. Les bénéfices de ce modèle en matière de santé présentent un coût de plus en plus élevé par vie sauvée à l'inverse de la prévention, qui repose sur une démarche et une organisation totalement différentes.
- **La prévention est primaire (éviter l'apparition d'une maladie), secondaire (dépister une maladie à un stade précoce) ou tertiaire (agir sur les complications et les risques de récurrence d'une maladie déclarée).**
- Des efforts nombreux et des moyens importants ont toutefois été déployés mais en ordre trop dispersé, si bien que l'efficacité et l'efficience ne sont pas au rendez-vous.

- La prévention concerne avant tout des déterminants (environnement, alimentation, habitat, conditions de travail, éducation, social) en dehors du système de soins. Ce dernier n'aurait qu'un impact limité, de l'ordre de 20 %.
- Au sein du système de soins, des facteurs contribuent à l'insuffisante mobilisation des professionnels de santé : paiement à l'acte en réponse à une demande de soins pour un épisode aigu, pas d'incitation forte à la prévention, pas de vision ni d'organisation populationnelle au sein d'un territoire avec un ciblage et repérage des personnes les plus à risque.

L'objectif

Pour être efficace, la prévention doit être :

- Soutenue par une volonté politique ;
- Globale, pour appréhender l'ensemble de la problématique sans impasse ni échappatoire ;
- Cohérente dans ses différentes actions ;
- Coordinée entre les différents acteurs pour éviter les dispersions et les pertes d'énergie ;
- Priorisée et donc concentrée sur un nombre défini d'actions hiérarchisées dans le temps ;
- Au plus près des citoyens pour qu'ils se sentent concernés, touchés et impliqués, à l'inverse des plans nationaux sans relais dans les territoires ;
- Appropriée par le plus grand nombre de parties prenantes : Assurance maladie, complémentaire santé, collectivités territoriales, association santé, entreprises, etc. ;
- Coordinée au niveau national ;
- Et enfin, le plus important, financée, pilotée et mise en œuvre.

C'est en prenant en compte tous ces objectifs que le Think Tank Économie Santé fait 5 RECOMMANDATIONS OPÉRATIONNELLES pour compléter, enrichir et surtout rendre plus efficaces les actions actuelles de prévention.

► LES 5 PROPOSITIONS EN RÉSUMÉ

Face à une situation très enclavée, il faut changer d'échelle et surtout d'organisation pour obtenir plus de cohérence, de constance et d'efficacité en actionnant tous les leviers de manière coordonnée et synergique, au plus près des citoyens, en impliquant tous les acteurs potentiels en rassemblant, valorisant et contractualisant leur rôle.

I) À PARTIR DES TERRITOIRES, CLARIFIER LES RESPONSABILITÉS ET LE PILOTAGE

La prévention est d'autant plus efficace qu'elle est proche des citoyens, les impliquant concrètement dans leur milieu de vie et non pas de manière désincarnée tombant d'en haut sans adaptation aux réalités locales.

Le diagnostic par les agences régionales de santé

La détermination des besoins en prévention sur chaque territoire doit être faite par les pouvoirs publics et donc les agences régionales de santé (ARS) en mobilisant les données de santé avec les observatoires régionaux de santé (ORS) et les registres des équipes universitaires de santé publique. Avec un focus sur les inégalités de santé.

Les ARS établissent déjà le « projet régional de prévention » dans le cadre du projet régional de santé (PRS). Mais celui-ci doit être davantage opérationnel, évalué et corrigé si nécessaire. Les relations avec les collectivités territoriales doivent être renforcées.

La priorisation et la mise en œuvre par les collectivités territoriales

La prévention doit être incarnée. Pendant la crise sanitaire, les élus se sont mobilisés pour faciliter le dépistage et la vaccination. Ils ont montré leur compétence, leur détermination et leur engagement. Sur chaque territoire, c'est à eux de prioriser, d'organiser, de coordonner et de contractualiser les actions de prévention. Les sujets d'intervention en dehors du système de soins sont nombreux : environnement, aménagement de l'espace public, exercice physique, alimentation, habitat, mobilités, conditions de travail, éducation, conditions sociales, repérage des fragilités chez les personnes âgées ou non, etc. L'objectif est de fédérer tous les professionnels et les acteurs de santé ou non : échelons locaux de l'Assurance maladie, des organismes complémentaires et aussi les entreprises (voir la contribution spécifique page 26), les associations, etc.

En développement, une politique volontariste de lutte contre les inégalités sur leur territoire.

À un moment où les collectivités territoriales réclament davantage de responsabilités en santé et de décentralisation, commençons par là où les carences d'organisation sont les plus préjudiciables.

L'harmonisation par la création d'une Délégation interministérielle à la prévention auprès du Premier ministre

La prévention en santé ne concerne pas que le ministère de la Santé, une vision globale est nécessaire, de même qu'une coordination des actions et l'échange des expériences aux niveaux ministériels.

La Délégation veillera à ce que la prévention en santé soit intégrée dans toutes les politiques publiques via les mesures d'impact.

II) SANCTUARISER LE FINANCEMENT

- Les tensions sur le financement du système de santé seront dans les années à venir très fortes, tant les besoins sont importants, les ressources limitées et la dette importante. Il est donc essentiel de sauvegarder le financement de la prévention. Alors que tout le monde s'accorde sur une réforme de l'ONDAM (Objectif national de dépenses d'assurance maladie), qui doit mieux prendre en compte les besoins de santé, un volet prévention doit être inclus de manière explicite en fonction des objectifs.
- La pluriannualité de l'ONDAM est une condition pour protéger les dépenses de prévention.

III) IMPLIQUER LES CITOYENS EN RÉNOVANT LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

- Organiser des débats publics et des conférences de consensus locales sur le choix et la priorisation des actions et aussi pour sensibiliser et impliquer les citoyens.
- Simplifier et rendre plus accessibles toutes les démarches de prévention.
- Utiliser davantage les sciences cognitives pour améliorer l'acceptabilité sociale et donner envie d'agir.
- Créer des alliances pour la prévention.
- Développer la culture de prévention le plus précocement possible à l'école, au collège et au lycée. Les jeunes étant à la fois la cible et le vecteur de prévention. Le service sanitaire des étudiants en santé lancé depuis la rentrée 2018 pour les 47 000 étudiants en santé dans le but de promouvoir les comportements favorables à la santé est un bon exemple qu'il faut renforcer.

IV) MOBILISER LE SYSTÈME DE SOINS

- Instaurer des rendez-vous réguliers de prévention avec les professionnels de santé.
- Renforcer la prévention dans la formation de tous les professionnels de santé.
- Accélérer la réforme de la médecine du travail, en fait Service de prévention et santé au travail dont les missions sont clarifiées par la loi d'août 2021 et dont le but est de privilégier la prévention et non plus la réparation.
- Stopper la paupérisation de la médecine scolaire et universitaire.

V) INNOVER AVEC LE NUMÉRIQUE EN SANTÉ

- Utiliser le numérique en santé et l'intelligence artificielle (IA) pour personnaliser la prévention en santé, par exemple en créant un clone numérique dans « Mon Espace santé » valorisant les bienfaits de la prévention.
- Une meilleure anticipation du risque individuel est la clé, avec des parcours adaptés ou des plans personnalisés de prévention numériques.
- Rassembler en un seul lieu numérique toutes les informations sur la prévention en santé. Celles-ci ne manquent pas, mais elles sont éparpillées et n'insistent pas assez sur les enjeux, les moyens d'agir, les bonnes pratiques et les retours d'expérience les plus significatifs.

LA RECOMMANDATION 2022 // ARGUMENTATION

► CRÉER UN CHOC DE COHÉRENCE ET D'EFFICACITÉ AU PLUS PRÈS DES CITOYENS EN CLARIFIANT LE PARTAGE DES RESPONSABILITÉS

La France présente des résultats médiocres en matière de prévention en santé

Face aux évolutions démographiques (vieillesse de la population) et épidémiologiques (croissance des maladies chroniques et des polyopathologies), la prévention en santé n'a jamais été aussi essentielle pour éviter les souffrances et les incapacités, limiter la pression sur le système de santé et en particulier l'hôpital, maintenir le plus longtemps possible les Français à leur domicile, contenir la croissance des dépenses de santé et donc assurer la soutenabilité de notre système de santé au sens large.

La prévention en santé est l'enjeu majeur du XXI^e siècle et de la décennie en particulier et pourtant, malgré des alertes successives et des déclarations volontaristes, les mesures d'envergure ne sont toujours pas prises.

En prenant en compte trois pathologies (les cancers, les maladies neuro-cardio-vasculaires et le diabète), la Cour des comptes, dans un rapport de novembre 2021, constate des « résultats médiocres malgré un effort financier comparable à celui des pays voisins ». Constat « aggravé par de fortes inégalités sociales et territoriales ».

Le constat est sévère et ancien

- L'espérance de vie en bonne santé à 65 ans en France est nettement inférieure à celle des pays nordiques et aussi à celle de l'Allemagne et du Royaume-Uni.
- La mortalité liée à des causes évitables par la prévention est élevée en France.
- Tabac, alcool, obésité, sédentarité, etc. : soit les déterminants péjoratifs de santé en France restent à un niveau élevé, comme le tabagisme et l'alcool, soit ils ont tendance à se dégrader, comme pour le surpoids, l'obésité et le niveau de sédentarité.
- Les inégalités de santé entre les territoires, entre les catégories socioprofessionnelles restent fortes.

Espérance de vie en bonne santé à 65 ans et plus. La France est loin derrière les pays nordiques et l'Allemagne⁽¹⁾. Certes, la comparabilité des données est limitée en raison de facteurs culturels et de la formulation des questions.

- Norvège : 16 ans pour les femmes et 15,8 ans pour les hommes ;
- Suède : 15,7 ans pour les femmes et 15,4 ans pour les hommes ;

- Espagne : 12,4 ans pour les femmes et 12,3 pour les hommes ;
- Allemagne : 12,3 ans pour les femmes et 11,4 ans pour les hommes ;
- Danemark : 12,1 ans pour les femmes et 11,1 ans pour les hommes ;
- Royaume-Uni : 11,2 ans pour les femmes et 12,4 pour les hommes ;
- France : 10,8 ans pour les femmes et 9,2 ans pour les hommes.

Ces données sont très importantes, car elles conditionnent l'objectif de santé publique et de prévention que l'on se fixe. S'il s'agit de vivre le plus longtemps possible, quel que soit l'état de santé, la France est alors bien placée parmi les pays de l'OCDE, avec une espérance de vie à 65 ans de 23,6 ans (soit 88,6 ans) pour les femmes et de 19,6 ans (soit 84,6 ans) pour les hommes. Mais s'il s'agit de l'espérance de vie en bonne santé, alors la France est particulièrement peu performante.

On peut le dire autrement en considérant la part d'espérance de vie à 65 ans en bonne santé :

- Norvège : 74 % des années à venir pendant lesquelles les femmes seront en bonne santé et 82 % pour les hommes ;
- Suède : 73 % et 80 % ;
- Allemagne : 58 % et 63 % ;
- Danemark : 58 % et 61 % ;
- Royaume-Uni : 53 % et 66 % ;
- Espagne : 53 % et 64 % ;
- France : 46 % et 47 %.

Le taux de mortalité liée à des causes évitables par la prévention est de 106 pour 100 000 habitants et place la France en 12^e position des pays de l'OCDE.

La mortalité évitable par traitement est de 48 pour 100 000 habitants, ce qui confère à la France la 5^e position⁽²⁾.

Tabac. Avant la pandémie de Covid-19, 30 % des Français âgés de 18 à 75 ans déclaraient fumer, un quart quotidiennement. Certes, les mesures de prévention au cours des cinq années précédentes ont contribué à une réduction de 16 % du tabagisme quotidien, notamment l'interdiction de fumer dans les lieux publics, mais la situation reste préoccupante avec l'un des taux de prévalence du tabagisme quotidien parmi les plus élevés des pays occidentaux, comme en témoigne l'augmentation significative des cancers du poumon chez la femme.



Alcool. La France est au 6^e rang des pays de l'OCDE les plus consommateurs d'alcool chez les plus de 15 ans. Surpoids et obésité. Un Français sur deux environ est en surpoids ou obèse, un peu plus les hommes que les femmes pour le surpoids et autant des deux sexes pour l'obésité. Ce sont les populations défavorisées qui subissent le plus le surpoids. Ce constat est d'autant plus inquiétant que le surpoids et l'obésité augmentent chez les jeunes, le taux d'obésité passant de 3,8 % à 5,2 % chez les 14-15 ans et le taux de surpoids de 17 % à 18,2 % chez les adolescents, de 2009 à 2017.

Exercice physique. Depuis dix ans, l'activité physique a diminué chez les femmes et la sédentarité a notablement augmenté chez les jeunes de 6-17 ans du fait du temps passé devant les écrans.

Le contexte

- La France n'a pas de culture de prévention. Depuis l'après-guerre, seul le curatif biomédical a été développé et soutenu, qui aujourd'hui atteint sa limite. Les bénéficiaires de ce modèle en matière de santé présentent un coût de plus en plus élevé par vie sauvée à l'inverse de la prévention, qui repose sur une démarche et une organisation totalement différentes.
- La prévention est primaire (éviter l'apparition d'une maladie), secondaire (dépister une maladie à un stade précoce) ou tertiaire (agir sur les complications et les risques de récurrence d'une maladie déclarée).
- Des efforts nombreux et des moyens importants ont toutefois été déployés mais en ordre trop dispersé, si bien que l'efficacité et l'efficience ne sont pas au rendez-vous.
- La prévention concerne avant tout des déterminants (environnement, alimentation, habitat, conditions de travail, éducation, social) en dehors du système de soins. Ce dernier n'aurait qu'un impact limité, de l'ordre de 20 %.
- Au sein du système de soins, des facteurs contribuent à l'insuffisante mobilisation des professionnels de santé : paiement à l'acte en réponse à une demande de soins pour un épisode aigu, pas d'incitation forte à la prévention, pas de vision ni d'organisation populationnelle

Les pouvoirs publics ne sont pas restés les bras ballants depuis cinq ans. Mais les résultats ne sont pas à la hauteur des enjeux, même si le délai est un peu court pour apprécier les premiers résultats. La crise sanitaire liée au Covid-19 a bien

PRÉVENTION EN SANTÉ

Créer un choc de cohérence et d'efficacité au plus près des citoyens en clarifiant le partage des responsabilités

évidemment profondément perturbé la politique de santé publique et les ambitions en matière de prévention, mais a sensibilisé les citoyens à son importance. Professionnels et acteurs ont été accaparés ailleurs. Cela dit, à terme, faisons le pari que la pandémie de Covid-19 sera un puissant facteur de prise de conscience du « il vaut mieux prévenir que guérir ». La stratégie nationale de santé (SNS) a été reconfigurée fin 2017 pour la période 2018-2022. Le premier axe (sur quatre) de la SNS était de « mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie ». Rien n'est oublié. Promouvoir une alimentation saine, une activité physique régulière, prévenir l'entrée dans les pratiques addictives (tabac, alcool, substances psychoactives licites ou illicites, addictions sans substance) et leurs conséquences nocives, prévenir les risques liés à la conduite dangereuse sur la route, promouvoir la santé sexuelle et l'éducation à la sexualité, prévenir la perte d'autonomie, promouvoir l'application des règles d'hygiène et collective. Sans oublier la promotion des conditions de vie et de travail favorables à la santé, la maîtrise des risques environnementaux ou encore la mobilisation des outils de prévention du système de santé : vaccin, préservation de l'efficacité des antibiotiques, politique de repérage, de dépistage et de prise en charge précoce des pathologies chroniques. La liste est complète, les intentions pertinentes, mais le plan de mise en œuvre et l'identification des leviers manquent cruellement.

C'est pour cela qu'en mars 2018 le Comité interministériel pour la santé présente le Plan national de santé publique – Priorité prévention avec vingt-cinq mesures-phares concrètes de la politique de prévention. Pour le Premier ministre de l'époque, « la prévention doit devenir centrale dans toutes les actions qui visent à améliorer la santé de nos concitoyens », tout en reconnaissant que « notre pays connaît un certain retard en la matière. La mortalité évitable y est très élevée ». « On meurt trop souvent trop jeune en France », martèle Édouard Philippe, qui insiste sur « une vraie politique de prévention [qui] permettrait de préserver 100 000 vies par an ». Ces vingt-cinq mesures sont déclinées en fonction des âges de la vie et sont présentées en trois temps : contexte, objectif et mesure. L'objectif est d'obtenir un environnement favorable à la santé aux différents âges de la vie :

- Une grossesse en pleine santé et les 1 000 premiers jours ;
- La santé des enfants et des jeunes ;
- La santé des adultes de 25 à 65 ans : vivre en bonne santé ;
- Bien vieillir et prévenir la perte d'autonomie.

Les mesures dans chaque catégorie sont très diverses et le plus souvent très concrètes. Par exemple : la supplémentation

(1) « Panorama de la santé », Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

(2) OCDE (2019), « Mortalité évitable (par prévention et traitement) », dans *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

► **CRÉER UN CHOC DE COHÉRENCE ET D'EFFICACITÉ AU PLUS PRÈS DES CITOYENS EN CLARIFIANT LE PARTAGE DES RESPONSABILITÉS (suite)**

en vitamine B9 des femmes enceintes ou en désir de maternité; prévenir l'obésité chez les enfants par une promotion renforcée de l'activité physique et généraliser les « ambassadeurs élèves » de prévention, qui disposeront d'une mallette pédagogique; proposer systématiquement un accompagnement spécialisé aux jeunes admis aux urgences ou hospitalisés après un épisode d'alcoolisation massive; formation aux premiers secours en santé mentale des étudiants; dépistage organisé du cancer du col de l'utérus; généralisation de la vaccination antigrippale par le pharmacien; étendre le Nutri-Score à la restauration collective et commerciale et aux produits alimentaires manufacturés non préemballés; mettre en place au moins une action de médiation auprès des personnes âgées isolées ou précaires par département; organiser la santé bucco-dentaire en EHPAD; un nouvel acteur présenté comme « une véritable révolution conceptuelle » : l'étudiant en service sanitaire, prévu au nombre de 48 000 dès la rentrée 2018; création d'une application smartphone « Santé » personnalisée.

L'investissement sur cinq ans est assez modeste : 400 millions d'euros, c'était avant le « quoi qu'il en coûte ».

La Cour des comptes, habituellement sévère, salue « un progrès réel en ce que [la stratégie nationale de santé] montre la volonté d'agir des pouvoirs publics par une approche interministérielle et transversale et qu'elle cible des axes stratégiques pertinents, approuvés par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) ». Mais la Cour regrette que le Plan ne prévoit pas « d'objectifs nationaux pluriannuels assortis d'un calendrier et coordonnés pour les grandes pathologies », ni « d'articulation précise avec les autres plans de prévention thématiques existants » : logement, tabagisme, produits phytosanitaires, santé-environnement, santé-travail, nutrition-santé et alimentation, chlordécone aux Antilles, perturbateurs endocriniens, addiction, sport-santé, cancer, etc.

Réinventer les principes de mise en œuvre

Le grief le plus important qui a irrigué régulièrement les discussions au sein du Think Tank Économie Santé et qui semble être la véritable pierre d'achoppement de tous les plans et intentions en prévention : c'est qu'une fois de plus ce plan « ne précise pas la répartition des compétences pour sa mise en œuvre entre les différents acteurs, nationaux et régionaux et ne prévoit pas de déclinaison précise au niveau territorial, alors que les ARS jouent un rôle clé en matière de prévention ».

D'où l'insistance du Think Tank Économie Santé dans sa Reco sur le caractère incontournable et clé de la question de la mise en œuvre sur laquelle la prévention s'est toujours fracassée en France. Celle-ci passe par la nécessité de clarifier, de coordonner et de contractualiser les rôles et les responsabilités de chacun sur chaque territoire.

L'ardente obligation de réussir, enfin, la prévention en santé en France impose qu'on sorte des sentiers battus et qu'on innove en matière d'organisation en sortant de l'émiettement et des déclarations incantatoires.

On ne saurait trop insister sur ce point, car sinon les prochains plans de prévention ne seront que cautère sur une jambe de bois.

L'objectif

Pour être efficace, la prévention doit être :

- Soutenue par une volonté politique;
- Globale pour appréhender l'ensemble de la problématique sans impasse ni échappatoire;
- Cohérente dans ses différentes actions;
- Coordinée entre les différents acteurs pour éviter les dispersions et les pertes d'énergie;
- Priorisée et donc concentrée sur un nombre défini d'actions hiérarchisées dans le temps;
- Au plus près des citoyens pour qu'ils se sentent concernés, touchés et impliqués, à l'inverse des plans nationaux sans relais dans les territoires;
- Intégrée par le plus grand nombre de parties prenantes : Assurance maladie, complémentaire santé, collectivités territoriales, associations de santé, entreprises, etc.;
- Coordinée au niveau national;
- Et, enfin, le plus important : financée, pilotée et mise en œuvre.

C'est en prenant en compte tous ces objectifs que le Think Tank Économie Santé fait **5 RECOMMANDATIONS OPÉRATIONNELLES** pour compléter, enrichir et surtout rendre plus efficaces les actions actuelles de prévention.



► **LES 5 PROPOSITIONS**

Face à une situation très engluée, il faut changer d'échelle et surtout d'organisation pour obtenir plus de cohérence, de constance et d'efficacité en actionnant tous les leviers de manière coordonnée et synergique, à proximité des citoyens, en impliquant tous les acteurs potentiels en rassemblant, valorisant et contractualisant leur rôle.

1) À PARTIR DES TERRITOIRES, CLARIFIER LES RESPONSABILITÉS ET LE PILOTAGE

La prévention est d'autant plus efficace qu'elle est proche des citoyens, les impliquant concrètement dans leur milieu de vie et non pas de manière désincarnée tombant d'en haut sans adaptation aux réalités locales.

Le diagnostic par les agences régionales de santé

La détermination des besoins en prévention sur chaque territoire doit être faite par les pouvoirs publics et donc les agences régionales de santé (ARS) en mobilisant les données de santé avec les observatoires régionaux de santé (ORS) et les registres des équipes universitaires de santé publique.

Avec un focus sur les inégalités de santé.

Les ARS établissent déjà le « projet régional de prévention » dans le cadre du projet régional de santé (PRS). Mais celui-ci doit être davantage opérationnel, évalué et corrigé si nécessaire. Les relations avec les collectivités territoriales doivent être renforcées.

La priorisation et la mise en œuvre par les collectivités territoriales

La prévention doit être incarnée. Pendant la crise sanitaire, les élus se sont mobilisés pour faciliter le dépistage et la vaccination. Ils ont montré leur compétence, leur détermination et leur engagement. Sur chaque territoire, c'est à eux de prioriser, d'organiser, de coordonner et de contractualiser les actions de prévention. Les sujets d'intervention en dehors du système de soins sont nombreux : environnement, aménagement de l'espace public, exercice physique, alimentation, habitat, mobilités, conditions de travail, éducation, conditions sociales, repérage des fragilités chez les personnes âgées ou non, etc. L'objectif est de fédérer tous les professionnels et les acteurs de santé ou non : échelons locaux de l'Assurance maladie, des organismes complémentaires et aussi les entreprises (voir la contribution spécifique page 26), les associations, etc.

PRÉVENTION EN SANTÉ

Créer un choc de cohérence et d'efficacité au plus près des citoyens en clarifiant le partage des responsabilités

En développement, une politique volontariste de lutte contre les inégalités sur leur territoire.

À un moment où les collectivités territoriales réclament davantage de responsabilités en santé et de décentralisation, commençons par là où les carences d'organisation sont les plus préjudiciables.

L'harmonisation par la création d'une Délégation interministérielle à la prévention auprès du Premier ministre

La prévention en santé ne concerne pas que le ministère de la Santé : une vision globale est nécessaire, de même qu'une coordination des actions et l'échange des expériences aux niveaux ministériels.

La Délégation veillera à ce que la prévention en santé soit intégrée dans toutes les politiques publiques via les mesures d'impact

Quel territoire ?

La pandémie de Covid-19 a rebattu les cartes de l'organisation de la santé en France en montrant qu'en mobilisant toutes les énergies sur un territoire donné des résultats exceptionnels pouvaient être obtenus, notamment en matière de prévention avec les tests et la vaccination. Des acteurs sans compétences « officielles » en santé se sont révélés être de puissants leviers, comme les municipalités.

Le choix du territoire est capital. Il doit être fait en fonction des possibilités réelles d'action sur les déterminants de santé, reliés ou non au système de soins, comme l'environnement, l'habitat, l'exercice physique, l'aménagement des espaces publics, etc. D'où l'intérêt des collectivités territoriales. Une grande ville comme Paris, Lyon, Marseille ou Bordeaux est un choix d'évidence. D'autres communes ou communautés de communes seront le bon échelon. Ailleurs, le département est sûrement approprié, car il a déjà une compétence santé, certes limitée, et en outre des acteurs comme l'Assurance



► LES 5 PROPOSITIONS (suite)

maladie, certaines complémentaires santé ont des délégations départementales qui pourraient être mobilisées. Sans oublier, bien sûr, les délégations départementales des ARS, dont un récent rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) appelle à renforcer le rôle.

Les départements ont aujourd'hui un rôle important dans l'aide aux personnes âgées, à l'enfance et aux personnes handicapées et dans la lutte contre l'exclusion et la pauvreté, cette dernière étant le poste le plus important. Ils consacrent 40 Md€ de dépenses nettes à l'action sociale (2018), soit 87 % des dépenses sociales des collectivités territoriales. Les communes de plus de 10 000 habitants consacrent 5,4 Md€ (avant la crise du Covid-19) à l'aide à domicile aux personnes âgées et à la garde des enfants via les crèches.

ARS et collectivités territoriales, chacun son rôle

Le diagnostic fait par chaque ARS avec les observatoires régionaux de santé doit être simple et opérationnel et surtout précis au niveau de chaque bassin de vie pour concerner et impliquer les citoyens directement, avec un début de priorisation. Le Projet régional de santé (PRS) des ARS, trop lourd et guère opérationnel, n'est pas une aide, alors qu'il devrait guider les actions de prévention sur les territoires. Les ARS doivent disposer d'un budget prévention spécifique, veiller à éviter la perception par les acteurs qu'elles sont inégalement mobilisées en ce domaine et enfin accroître la visibilité de cette nouvelle démarche dans chacune d'entre elles en nommant un « M. Prévention » en son sein et aussi dans les délégations départementales. Les contrats locaux de santé (CLS), créés par la même loi que les ARS pour que celles-ci, avec les collectivités territoriales, contribuent justement à réduire les inégalités territoriales de santé, ont été le point de départ d'un décloisonnement entre les acteurs dont on a vu l'efficacité dans la lutte contre le Covid-19. Mais ils n'ont pas fait la preuve de leur efficacité et gagneraient donc à être régénérés et renforcés. Ce diagnostic et l'identification des besoins seront un puissant levier pour que les collectivités territoriales se mobilisent vis-à-vis de leurs administrés.

Aux élus revient la charge, une fois le diagnostic établi, de prioriser les actions avec les citoyens (voir plus loin) et de fédérer les acteurs qui, on l'a dit, ne se limitent pas au domaine du soin, mais comprennent aussi ceux de l'environnement, de l'urbanisme, de l'alimentation, de l'habitat, du social, etc. Il s'agit, sur un territoire, d'associer tous ceux qui font de la prévention en ordre dispersé pour que celle-ci devienne enfin réellement efficace par une

coordination synergique : professionnels de santé libéraux via les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), dont la prévention est l'une des quatre missions socles obligatoires, les établissements hospitaliers publics et privés et aussi les délégations locales de l'Assurance maladie et celles des complémentaires santé et enfin les entreprises, les associations, etc.

L'Assurance maladie peut jouer un rôle clé avec ses caisses primaires réparties sur l'ensemble du territoire. Elle s'inscrit de plus en plus résolument dans une démarche de prévention. Dans son rapport 2020 « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses », elle consacre un chapitre pour « Renforcer la place de la prévention dans l'action de l'Assurance maladie » en décrivant l'intérêt et la place des outils d'analyses et d'évaluation médico-économiques, en prenant l'exemple du tabac.

Les entreprises aussi, au sein de leur collectivité et sur leur territoire, peuvent s'associer aux actions de prévention et apporter leurs savoir-faire et implication (voir page 26 la contribution spécifique).

La plupart des collectivités territoriales ont pris à bras-le-corps, pendant la crise sanitaire du Covid-19, la lutte contre la pandémie ; nombre d'entre elles organisent la lutte contre les déserts médicaux. Même si les communes et les communautés de communes n'ont pas de compétences en santé, elles sont à même, de par leurs compétences générales, de fédérer des actions de prévention de tous ordres. La France pourrait s'inspirer du Danemark, où les municipalités s'occupent de la prévention et contractualisent avec les différents opérateurs et acteurs.

Une délégation interministérielle rattachée auprès du Premier ministre pour affirmer le caractère transversal de la prévention. Son rôle sera d'harmoniser les différentes actions et de stimuler le partage d'expériences. Souple, agile, maniant la gouvernance inversée à la manière de la Délégation ministérielle au numérique en santé (DNS) pour favoriser l'émergence d'initiatives locales dans un cadre cohérent au niveau national de la stratégie nationale de santé, élaborée désormais tous les cinq ans. Stratégie qui ne doit pas être un fourre-tout mais une priorisation des objectifs avec l'obsession de la problématique de la mise en œuvre qui, comme le note la Cour des comptes, a jusqu'à présent fait défaut.



II) SANCTUARISER LE FINANCEMENT

- **Les tensions sur le financement du système de santé seront, dans les années à venir, très fortes. Tant les besoins sont importants, les ressources limitées, et la dette publique importante. Il est donc essentiel de sauvegarder le financement de la prévention. Alors que tout le monde s'accorde sur une réforme de l'ONDAM (Objectif national de dépenses d'assurance maladie), qui doit mieux prendre en compte les besoins de santé, un volet prévention doit être inclus de manière explicite en fonction des objectifs.**
- **La pluriannualité de l'ONDAM est une condition pour protéger les dépenses de prévention.**

Les dépenses de prévention, estimées à 15 Md€ (en 2016) par la Cour des comptes, sont « difficiles à circonscrire du fait de l'intrication entre prestations curatives et préventives, de l'éclatement des responsabilités en matière sanitaire et de l'hétérogénéité des financeurs et des acteurs de la prévention », déplore-t-elle. Cet investissement est proche

de celui des pays de l'OCDE : 6 Md€ pour les programmes institutionnels de prévention et 9 Md€ pour l'Assurance maladie (6,6 Md€), les complémentaires santé et les ménages.

Dans l'ONDAM pluriannuel rénové, un poste « prévention » doit être clairement identifié en détaillant ses différentes composantes, dont les moyens pour mener à bien le renforcement de la politique de prévention ici décrite.

Le Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS), qui justement veille à l'équilibre des comptes, insiste dans son dernier rapport sur deux nouveaux leviers (les anciens n'étant plus efficaces) pour la soutenabilité du système. Le premier est « la prévention et l'anticipation des risques collectifs » : « Le gain d'une année de vie sans incapacité rapporterait 1,5 Md€ par an sur la période 2021-2031 en plus de l'accroissement du bien-être des populations. » Le second levier concerne le décloisonnement entre acteurs non seulement de santé, mais aussi du social.

III) IMPLIQUER LES CITOYENS EN RÉNOVANT LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

- **Organiser des débats publics et des conférences de consensus locales sur le choix et la priorisation des actions et aussi pour sensibiliser et impliquer les citoyens.**
- **Simplifier et rendre plus accessibles toutes les démarches de prévention.**
- **Utiliser davantage les sciences cognitives pour améliorer l'acceptabilité sociale et donner envie d'agir.**
- **Créer des alliances pour la prévention.**
- **Développer la culture de prévention le plus précocement possible à l'école, au collège et au lycée. Les jeunes étant à la fois cible et vecteur de prévention. Le service sanitaire des étudiants en santé, lancé depuis la rentrée 2018 pour les 47 000 étudiants en santé dans le but de promouvoir les comportements favorables à la santé, est un bon exemple qu'il faut renforcer.**

Une fois le diagnostic établi et priorisé en fonction des territoires, la population doit être associée à la réflexion pour le partager et dégager la meilleure façon de procéder. La concertation citoyenne sur l'obligation vaccinale de la petite enfance menée par le Pr Alain Fisher et celle sur la révision de la loi de bioéthique par le Pr Jean-François Delfraissy ont

permis de clarifier les enjeux et de faciliter la prise de décision en impliquant les citoyens. Ces procédures sont somme toute assez lourdes et de « simples » réunions de consensus avec la population pourraient permettre de mobiliser toutes les parties prenantes plus rapidement.

Simplifier et rendre plus accessibles toutes les démarches de prévention

Le dépistage des cancers en France est « extrêmement médiocre », déplore la Cour des comptes. Le taux de participation aux dépistages organisés est très inférieur à celui des pays européens voisins, de l'ordre de 50 % pour le cancer du sein et de 30 % pour le cancer colorectal et celui du col de l'utérus. Un exemple : pour le dépistage des polypes colorectaux, qui risquent de faire le lit du cancer colorectal, l'Assurance maladie envoie une information par la poste, mais il faut aller chercher son test (très simple) chez son médecin. Pourquoi ne pas simplifier en donnant la possibilité d'aller chez son pharmacien ou de le recevoir par la poste ? Le taux de la vaccination anti-HPV pour éradiquer le cancer du col de l'utérus (2 920 cas en 2018, 40 % des femmes avaient moins de 50 ans) est passé de 30 % en 2009-2010 à



► LES 5 PROPOSITIONS (suite)

21 % les années suivantes puis est remonté à sa valeur initiale (faible) pour les jeunes filles vaccinées avec une seule dose. Ce taux est de l'ordre de 10 % dans le sud de la France et les régions ultra-marines. Le Danemark est passé de 46 % à 90 % en 2017 grâce à une campagne de communication.

S'appuyer sur le service sanitaire

Le service sanitaire, créé en 2018, a pour objectif d'intégrer la prévention dans les pratiques des professionnels de santé en familiarisant tous les étudiants en santé avec la prévention en santé au travers de la promotion de la santé et de la prévention primaire. Il repose sur la réalisation d'actions concrètes participant à la politique de prévention et de lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé. Il favorise l'interprofessionnalité et l'interdisciplinarité lors des formations suivies et des actions réalisées. La prévention primaire promeut les pratiques qui permettent de diminuer le nombre de nouveaux cas d'une maladie ou de retarder leur apparition. Ce type de prévention prend en compte les conduites individuelles à risque et les risques environnementaux et sociétaux. En agissant en amont, cette prévention empêche ou retarde l'apparition d'une maladie ou d'un trouble de santé.

Les thèmes développés sont larges : addictions, alimentation et activité physique, école du dos, prévention bucco-dentaire, santé mentale et prévention du suicide, santé sexuelle, vaccination, sommeil, etc. Des équipes interprofessionnelles (médecine, chirurgie dentaire, pharmacie, sages-femmes, infirmières, kinésithérapie) de cinq étudiants sont constituées qui, après une formation théorique au premier semestre, doivent préparer un projet de prévention-promotion de la santé qu'elles mettront en œuvre en conditions réelles dans des lieux d'accueil de l'Éducation nationale majoritairement (de la maternelle au lycée), dans des EHPAD, des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) ou tout autre lieu collectif.

Utiliser davantage les sciences cognitives pour améliorer l'acceptabilité sociale et donner envie d'agir

L'intérêt du nudge. La prévention n'est pas uniquement le résultat d'un comportement rationnel de comparaison des bénéfices par rapport aux coûts. Il faut s'intéresser aux mécanismes intuitifs/automatiques qui influencent les choix « à notre insu ». Il s'agit de donner un coup de pouce pour privilégier telle action par rapport à une autre. Le plus connu : modification des actions par défaut, « devoir faire pour ne pas faire », si bien qu'on fait par facilité. Si le nudge est débattable du fait de son caractère paternaliste,

voire intrusif, il reste un outil intéressant dans un contexte d'information incomplète et du fait de l'influence des biais comportementaux : décalage entre les coûts immédiats (perte de plaisir, coût monétaire dans certains cas : forfait sport, alimentation plus saine, vaccin avec reste à charge tel que la grippe, etc.) et les bénéfices qui peuvent être différés dans le temps.

Créer des alliances pour la prévention

Les « bonnes intentions » ne sont pas partagées par tous. Soit par méconnaissance soit par intérêt économique : la prévention est un frein économique pour certains.

Il s'agit d'inciter chacun, à titre individuel ou collectif (associations, entreprises, assureurs, etc.), à s'inscrire dans une démarche de prévention, en valorisant celle-ci comme un engagement citoyen et ainsi de créer un cercle vertueux de prévention.

Élaboration d'un cahier des charges de principes valorisant la prévention. Celui qui s'engage à respecter ce corpus peut se prévaloir de telles alliances pour la prévention.

La prévention en santé est multiple et concerne en fait tous les secteurs d'activité. Elle n'est le privilège d'aucun acteur public ou privé, professionnel ou non. Le système de soins ne contribue que pour 20 % à la prévention, rappelons-le. D'où l'importance de sensibiliser tous les acteurs de l'économie, les associations, les institutionnels, etc., à des engagements en faveur de la prévention, des conditions favorables à la santé et des « bons » comportements. Il importe de favoriser des formes multiples d'engagements volontaires, associant des acteurs collectifs et individuels, professionnels ou non, ayant un intérêt à la prévention. Il peut s'agir de collectivités publiques, nationales ou territoriales aussi bien que d'acteurs associatifs ou citoyens, individuels ou organisés. Le mouvement « Dry January » en offre un exemple. Des acteurs privés et des entreprises peuvent également s'associer à de telles alliances de prévention, comme en témoigne l'engagement de nombreuses entreprises alimentaires – mais pas toutes – en faveur du Nutri-Score. D'autres acteurs peuvent avoir un intérêt objectif à la prévention, et au soutien visible et explicite qu'ils lui apportent. C'est, par exemple, le cas des assurances complémentaires, qu'elles soient mutualistes ou non. Ils sont aussi bienvenus dans la constitution d'alliances de prévention. Ces dernières pourront avoir une finalité bien identifiée ou viser des objectifs plus larges de promotion de la santé. Elles pourront avoir une portée locale, articulée aux territoires et à leurs problématiques spécifiques, ou se donner pour objet des causes et des modes d'action plus larges.



D'où l'idée d'un cahier des charges des bonnes intentions, qui pourrait permettre l'octroi d'un label de prévention si on s'engage à le respecter. Simple au départ et déclaratif, ce processus se perfectionnera avec le temps et l'expérience. Il est de la responsabilité des pouvoirs publics – qu'il s'agisse de l'État ou des collectivités territoriales – de favoriser la formation et le travail de ces alliances en les suscitant, en encourageant, en accompagnant leurs engagements et leur autonomie. Dans le domaine associatif, France Assos Santé, en particulier, pourrait favoriser ce projet.

IV) MOBILISER LE SYSTÈME DE SOINS

- **Instaurer des rendez-vous réguliers de prévention avec les professionnels de santé.**
- **Renforcer la prévention dans la formation de tous les professionnels de santé.**
- **Accélérer la réforme de la médecine du travail, en fait service de prévention et de santé au travail dont les missions sont clarifiées par la loi d'août 2021 et dont le but est de privilégier la prévention et non plus la réparation.**
- **Stopper la paupérisation de la médecine scolaire et universitaire.**

Qui sait que le rappel vaccinal DTP (diphtérie, tétanos et poliomyélite) doit être fait à 25 ans, à 45 ans et à 65 ans, puis tous les dix ans ? Combien l'on fait ?

Les médecins généralistes font quelque deux cents millions de consultations chaque année. Hélas, la prévention n'y occupe pas une grande place, alors que c'est une occasion privilégiée de « parler » prévention, de sensibiliser et d'enclencher une démarche de prévention. Rien ou presque ne favorise ce cercle vertueux, ni l'enseignement en faculté (insuffisant) ni la rémunération (peu motivante) ou encore l'intégration automatique (quasi inexistante) des paramètres de prévention dans les outils numériques. L'exemple du carnet de vaccination est désolant.

D'après un travail de la DREES⁽³⁾, 1 médecin généraliste sur 5 seulement déclare « avoir contribué au cours des deux dernières années à l'organisation d'actions de prévention collective auprès de groupes de population cible ». Moins d'un tiers des généralistes disent avoir participé ou vouloir participer au dispositif « Mois sans tabac ». Certes, 83 % indiquent disposer dans leur cabinet de messages et d'outils de prévention, mais seulement 41 % proposent des

(3) Opinions et pratiques des médecins généralistes en matière de prévention. Études & Résultats. Juillet 2021 numéro 1197. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

Développer la culture de prévention

Le Haut Conseil de la santé publique dans son rapport (en cours) sur la refondation de la santé publique devait fortement insister sur le développement en France d'une culture de prévention qui doit débiter dès le plus jeune âge. On s'y référera.

autoquestionnaires à visée préventive destinés à faciliter les échanges avec leurs patients. Les consultations complexes dédiées à la prévention avec une cotation spécifique ne remportent guère plus de succès. Pour les enfants en risque avéré d'obésité, 17 % les ont utilisées au cours des six derniers mois. Ce pourcentage monte à 30 % pour la contraception et la prévention des maladies sexuellement transmissibles des jeunes filles. D'ailleurs, 42 % des médecins considèrent que la création de consultations spécifiques dédiées à la prévention ne leur permettrait pas d'y consacrer plus de temps. En outre, moins de la moitié considèrent que la rémunération forfaitaire (ROSP⁽⁴⁾), qui a introduit la prévention dans ses objectifs en 2016, les conduit à une pratique de prévention.

Certes, la démographie médicale ne simplifie pas la problématique. Comment organiser de nouvelles charges pour les médecins généralistes, alors que leur nombre va encore diminuer jusqu'à environ 2030 ?

Le sujet doit être débattu avec les intéressés dans le cadre de la convention médicale pour prévoir une consultation longue de prévention à certains âges de la vie correctement rémunérée, comme le réclame d'ailleurs France Assos Santé sur sa plateforme pour l'élection présidentielle. En juillet 2021, la convention médicale a privilégié la prévention secondaire en doublant le tarif de la visite pour les patients de plus de 80 ans en affection de longue durée, qui passe de 35 € à 70 €, quatre fois par an.

Ce rendez-vous prévention spécifique ou le réflexe prévention au cours d'une consultation pour un autre motif doit concerner aussi les établissements hospitaliers, les pharmaciens et tous les soignants.

(4) Rémunération sur objectifs de santé publique.



Renforcer la prévention dans la formation des professionnels de santé

On le sait, l'universitarisation de la formation pour l'ensemble des professions de santé est enfin lancée et plusieurs facultés de médecine s'affichent désormais « faculté de santé pluriprofessionnelle ». Ainsi, les cursus de formation initiale, rénovés, conserveront bien entendu de larges parties spécifiques à chaque formation, mais aussi des sessions communes à l'ensemble des futurs professionnels.

Parmi ces sessions communes, il existe une véritable opportunité pour développer, dès le début de la formation initiale et au bénéfice de l'ensemble des futurs professionnels, le socle de connaissances et les compétences requises par la mise en œuvre de divers actions ou programmes de prévention, à l'échelle individuelle ou bien ciblés sur des sous-groupes de population.

Cet objectif d'une formation initiale réadaptée avait été annoncé par le gouvernement dans le cadre du plan « Ma santé 2022 ». À ce jour, elle n'est que partiellement accomplie.

Cependant, on peut déjà relever des points d'inquiétude. Ainsi, pour les études de médecine, une actualisation du programme du deuxième cycle a été publiée en septembre 2020. Ce programme comporte près de quatre cents items, couvrant l'ensemble des notions de pathologie devant être acquises après six années et avant de débiter un internat de spécialité ; les termes *prévention* ou *prévenir* n'y apparaissent guère plus d'une trentaine de fois sur un document couvrant trente-deux pages du *Journal officiel*. On mesure le chemin qu'il reste à parcourir.

Santé.fr, le portail du service public d'information en santé du ministère des Solidarités et de la Santé en collaboration avec les ARS, les agences et les institutions de santé, a pour « objectif de permettre aux citoyens d'accéder à une information santé claire, fiable, transparente et accessible ». Il propose une rubrique intéressante, « J'agis pour ma santé », qui donne quelques « conseils, rendez-vous à connaître pour préserver votre santé ou celle d'un proche » en fonction du sexe et de l'âge. Des liens, des articles et des dossiers thématiques sont consacrés à la prévention. Mais il est mal connu (c'est dommage) et l'accès à des documents pour les promoteurs de prévention n'est pas aisé, en particulier sur les retours d'expérience. ■

V) INNOVER AVEC LE NUMÉRIQUE EN SANTÉ

- Utiliser le numérique en santé et l'intelligence artificielle pour personnaliser la prévention en santé, par exemple en créant un clone numérique dans « Mon Espace santé » valorisant les bienfaits de la prévention.
- Une meilleure anticipation du risque individuel est la clé avec des parcours adaptés ou des plans personnalisés de prévention numériques.
- Rassembler en un seul lieu numérique toutes les informations sur la prévention en santé. Celles-ci ne manquent pas, mais elles sont éparpillées et n'insistent pas assez sur les enjeux, les moyens d'agir, les bonnes pratiques et les retours d'expérience les plus significatifs.

Le champ du numérique et de l'intelligence artificielle pour la prévention est immense, du carnet de vaccination au clone numérique ou encore la généralisation d'applications de suivi de parcours avec chatbots intelligents pour les malades chroniques.

L'objectif est d'anticiper le risque en le personnalisant et en impliquant chacun dans une démarche individuelle et interactive. « Mon Espace santé », lancé en ce début d'année 2022, est une opportunité exceptionnelle. Il proposera un catalogue de services numériques de santé référencés par l'État. Aux industriels, éditeurs et start-up de proposer des services innovants. Les pouvoirs publics doivent davantage valoriser la prévention dans cet environnement.

Rassembler en un seul lieu numérique toutes les informations sur la prévention

Les informations sur la prévention en santé sont nombreuses. Les organismes institutionnels fournissent de nombreux documents ; le Haut Conseil de la santé publique, par exemple, sur l'évaluabilité de la future stratégie 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance ; la Société française de santé publique ; Santé publique France : dossiers documentaires sur les déterminants de santé et la santé à tout âge ; L'Institut national du cancer : réduire les risques de cancer, 40 % des cancers seraient dus à notre mode vie et à nos comportements, test en ligne un peu simpliste ; l'Assurance maladie : présentation des actions de prévention et de dépistage, de l'examen périodique de santé en priorité pour les personnes de plus de 16 ans éloignées du système de santé et en situation de précarité, la contraception gratuite pour les mineures, le dépistage néonatal, etc.

Mais il manque une vision globale de la prévention pour mieux en appréhender les concepts et ressorts, et surtout une présentation, une analyse et un partage d'expériences des outils et moyens de prévention à mettre en œuvre en fonction des interlocuteurs (individu ou organisme) et des objectifs et enfin les coordonnées des structures pouvant apporter des conseils et une expertise.

RÉFÉRENCES

« Stratégie nationale de santé 2018-2022 », ministère des Solidarités et de la Santé.

« La politique de prévention en santé. Les enseignements tirés de l'analyse de trois grandes pathologies. Communication au comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale », la Cour des comptes, novembre 2021.

« Comment le Covid transforme le débat sur les dépenses de santé », Pierre-Louis Bras, Terra Nova, mars 2021.

« Tous unis pour notre santé. 20 propositions pour améliorer la participation des usagers au système de santé », France Assos Santé, janvier 2022.

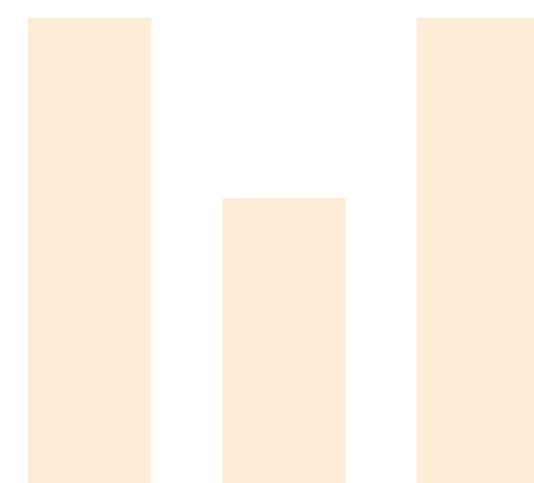
« Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé », Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 2017.

« Organisation et financement de la prévention de l'obésité dans le système de soins », Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, juin 2018.

« La prévention dans le système de soins – Organisation, territoires et financement », Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, octobre 2018.

« Pour des finances sociales soutenables, adaptées aux nouveaux défis », Haut Conseil du financement de la protection sociale, janvier 2022.

« La Protection sociale », Gilles Nezosi, La Documentation française, collection Découverte de la vie publique, novembre 2021.



CONTRIBU+IONS SPÉCIFIQUES

► PRÉVENTION, SI ON RENTRAIT DANS LE DUR



Jean-Michel CHABOT
 Universitaire,
 Santé publique

La prévention apparaît de plus en plus souvent dans les discours des pouvoirs publics. Elle doit cependant relever toute une série de défis pour s'imposer. D'abord, dépasser la petite difficulté sémantique, liée à sa segmentation en primaire, secondaire et tertiaire – d'essence anglo-saxonne – et qui a longtemps désarçonné nombre des praticiens français; c'est anecdotique mais il n'est pas sûr que l'incompréhension soit complètement effacée.

Ensuite, réunir les conditions minimales de sa mise en œuvre, ce qui est loin d'être le cas encore. En particulier, obtenir l'acquiescement de tous, population et décideurs, sur le fait que la plupart des actions de prévention relèvent du « temps long » et que les résultats qui comptent vraiment – gains d'espérance de vie et réductions de morbi-mortalité – ne sont observables qu'au terme de plusieurs années; tout le monde n'est pas disposé à attendre... De même, dans notre environnement de plus en plus sensible aux « preuves/faits démontrés » il faut rappeler les résultats inconstants ou incertains, souvent observés au terme des programmes de prévention.

Enfin, il y a les préalables à la mise en œuvre. Avant tout la disponibilité et la compétence des professionnels. On le projette de plus en plus volontiers, les regroupements pluriprofessionnels et les compétences depuis longtemps maîtrisées par plusieurs professions soignantes (qui doivent

de surcroît pouvoir compter sur la complémentarité des travailleurs sociaux) semblent constituer un bon moyen pour disposer du temps nécessaire et du savoir-faire indispensable à la mise en œuvre et au suivi d'actions de prévention. Ces regroupements pluripros, idéalement responsabilisés sur des territoires, disposent en effet de la logistique et des données cliniques – via leur système d'information – pour identifier les sous-groupes de patients potentiellement bénéficiaires de telle ou telle autres actions de prévention et surtout en assurer les rappels, le suivi et chemin faisant l'évaluation.

Reste évidemment la question triviale de la rémunération. S'agissant d'actions qui procèdent de la coopération entre médecins, soignants, travailleurs sociaux et personnels de soutien, c'est naturellement d'une rémunération d'équipe dont il s'agit, le cas échéant bonifiée selon les résultats obtenus. Des dispositifs dérogatoires comme « l'article 51 » devraient permettre de s'assurer de la pertinence et de la bonne faisabilité de cette orientation.

Pour finir, il faut avoir pleine conscience que ces actions et programmes de prévention proposés à des patients individuellement ou en sous-groupes, ne seront significativement opérationnels qu'après la mise en œuvre d'une politique « d'éducation à la santé » dynamique et conduite depuis la petite école jusqu'à produire ses effets (sur, par exemple, le comportement alimentaire ou l'activité physique). La route est longue... ■

► HAUT-COMMISSARIAT À LA PRÉVENTION, « SANTÉ JEUNES », « PARAMÉDICALISER »



Félix FAUCON
 Responsable de la
 mission d'audit des
 fonds européens,
**INSPECTION GÉNÉRALE
 DES AFFAIRES
 SOCIALES (IGAS)**

Pallier l'émiettement institutionnel par la création d'un haut-commissariat dédié, notamment pilote d'un nouveau sous-objectif « prévention » de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Constats :

- La direction générale de la Santé (DGS) ne voit pas elle-même comme le lieu de la synthèse pour la prévention des risques en santé (voir son organisation : une sous-direction « prévention des maladies chroniques » et une sous-direction « prévention des risques liés à l'alimentation et l'environnement »); la Direction générale du travail (DGT) dispose d'une sous-direction « conditions de travail, santé et sécurité au travail ».
- Bizarrement, c'est au niveau de l'opérateur Santé publique France que sont rassemblées les différentes dimensions de la prévention des risques en santé; mais l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) reste la propriété des partenaires sociaux et définit ses propres priorités.
- La Cour des comptes (rapport de mai 2020) pointe autant des défauts d'organisation que de moyens s'agissant de la santé scolaire et prône une réorganisation complète ainsi qu'une révision des méthodes de travail.

Propositions :

- Créer un Haut-Commissariat à la prévention des risques en santé, placé auprès du Premier ministre :
 - Compétences interministérielles en particulier pour la coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire et universitaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile;
 - Secrétaire du Comité interministériel pour la santé (art. D 1411-30 du Code de la santé publique); membre de droit du CA de Santé publique France, etc.;
 - Responsable de l'évaluation des plans nationaux pertinents : Santé jeunes (2016), prévention de la perte d'autonomie (2017), mobilisation contre les addictions (2019), santé au travail (2019), etc.
- Créer un sous-objectif « prévention » de l'ONDAM (voir les Recos 2018 et 2019 du Think Tank) dont le haut-commissaire assure le pilotage :

– L'argument « la prévention porte sur le long terme, elle est donc peu compatible avec l'annualité de l'ONDAM » ne tient pas : les plans d'investissements hospitaliers qui engagent un accompagnement financier des établissements pendant vingt ans sont financés sur l'ONDAM...

Faire de la prévention des risques en santé des jeunes une grande cause nationale sur la durée du prochain quinquennat, concrétisée par un nouveau plan national « Santé jeunes »

Constats :

- Le dernier plan « Santé jeunes » date de 2016 (voir Pass et maisons des adolescents);
- La pandémie de Covid-19 a produit des impacts négatifs sur la santé des jeunes avec effets dans la durée.

Proposition :

- Confier au Haut-Commissariat à la prévention des risques en santé la mission de préparer et de mettre en œuvre un nouveau plan « Santé jeunes » :
 - Fortement appuyé sur la concertation avec les intéressés, leur environnement immédiat, les associations de patients, de professionnels de santé et de structures dédiées, comme l'Association nationale des maisons des adolescents (ANMDA);
 - Mettant l'accent sur la participation des jeunes à la décision. Par exemple :
 - Prix des lycéens pour la meilleure application dédiée
 - Challenges interétablissements et récompenses des meilleures initiatives locales, incluant celles qui favorisent la pratique de l'activité physique, la diététique, l'hygiène (y compris bucco-dentaire), etc.
 - Incitant et récompensant les meilleures initiatives locales de médecine scolaire et universitaire;
 - Comprenant un volet protection maternelle et infantile « futures jeunes mamans à risque élevé médico-social »;
 - Comprenant un volet santé mentale amplifiant les moyens de la prévention et de la prise en charge des troubles du comportement alimentaire chez l'adolescent et le jeune adulte (anorexie-boulimie), y compris dans les maisons des adolescents (MDA).



► CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES (suite)

La démographie médicale impose de « paramédicaliser » autant que possible la prévention primaire.

Constat :

- Il n'y aura pas assez de temps médical disponible pour marquer une forte priorité sur la prévention primaire : le temps médical « préventif » doit en priorité être affecté à la prévention secondaire.

Propositions :

- Mettre en place et diffuser largement des formations continues qualifiantes pour « infirmier et infirmière de prévention », permettant de proposer des parcours professionnels variés;
- Ouvrir davantage de postes pour des psychologues scolaires et universitaires sur la base d'une évaluation des besoins et de l'impact du pass

Informé, formé et responsabiliser les citoyens-patients sur la prévention des risques en santé.

Constat :

- Le système de santé français est très peu responsabilisant pour le patient, alors que la mortalité et la morbidité évitables sont plus importantes en France que dans les pays comparables.

Proposition :

- Demander à la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) et aux complémentaires santé de mettre en place un passeport santé à la fois généraliste (le passeport santé actuel est dédié aux personnes en situation de handicap) et ciblé (par l'exploitation des données permettant d'individualiser l'identification de facteurs de risques), comportant des incitations positives et négatives au regard de conduites préventives. ■

Pour les dépasser, le réseau de centres de lutte contre le cancer (CLCC) Unicancer adopte une approche globale et partenariale qui lui permet d'être présent sur les différents niveaux de prévention :

- La prévention primaire, pour laquelle chaque CLCC s'investit sur son territoire, en lien avec les collectivités territoriales, relaie des opérations nationales et régionales, rôle de centres ressources grand public sur les facteurs comportementaux et environnementaux de cancers;
- La prévention secondaire en poursuivant le développement de l'éducation à la santé et la promotion du dépistage, en lien avec les associations santé, à travers l'organisation de consultations de prévention et de dépistage ainsi que des plateaux techniques de dépistage de pointe qui assurent une part importante de l'activité de dépistage dans chaque région;
- La prévention tertiaire, de plus en plus intégrée dans les parcours de soins (bilans diététiques, activité physique), faisant l'objet de nombreux projets de recherche et de soins de support orientés prévention (addictologie, accompagnement nutritionnel, prévention des toxicités liées aux traitements, programmes d'éducation thérapeutique et d'activité physique adaptée).

exemple, MyPeBS, nouvelle stratégie de dépistage du cancer du sein, personnalisée selon le risque de chaque femme) et développe la surveillance à distance des patients sous thérapies orales (expérimentation Article 51 Onco'Link, coordonnée par Unicancer) afin de prendre en charge plus rapidement les effets indésirables et de limiter la mauvaise observance.

La santé globale concerne tous les champs sociaux de l'action politique : éducation, santé, recherche, agriculture, industrie, travail, etc. Il est impératif de mener une politique de santé écoresponsable, tirant profit des nouvelles technologies, dans un respect absolu de la préservation de la planète. Cette politique dépasse le périmètre traditionnel de « la santé » et doit être coordonnée et financée pour être efficace. En effet, la question du financement de la prévention est un point sensible, car, en l'absence de financements dédiés, les établissements mènent leurs actions sur fonds propres ou sur des financements ponctuels. Un manque de coordination et de financement ne favorise pas la conduite d'une stratégie de long terme.

Des propositions pour renforcer l'efficacité de la prévention en cancérologie

Franchir des étapes décisives en matière de prévention suppose une intensification de la politique de prévention du cancer, impliquant tous les acteurs et en lien avec les structures de dépistage régionales pour apporter une réponse décloisonnée, interdisciplinaire et pérenne.

Dans ce cadre, Unicancer porte plusieurs propositions :

- Intensifier la politique de prévention du cancer à travers le développement de centres de prévention du cancer multidimensionnels, en relation avec l'ensemble des acteurs de l'écosystème sanitaire, et en coordination avec les CRCDC;
- Lancer un grand plan de financement d'appel à projets en matière de prévention;
- Favoriser le développement de partenariats entre les établissements de santé et l'Éducation nationale dans le cadre de la prévention du cancer et des facteurs de risque associés auprès de jeunes publics;

► LA PRÉVENTION, UN ENJEU MAJEUR DANS LA LUTTE CONTRE LE CANCER



UNICANCER

- 1 Pr Jean-Yves BLAY, Président
- 2 Sophie BEAUPÈRE, Déléguée générale
- 3 Michael CANOVAS, Directeur de cabinet
- 4 Sandrine BOUCHER, Directrice de la stratégie médicale et de la performance
- 5 Jeanne BERTRAND, Cheffe de projet institutionnel

Dans la lutte contre le cancer, pathologie complexe associée à de multiples facteurs, la prévention représente un enjeu majeur. En agissant sur les comportements à risque (tabac, alcool, rayons UV), les modes et les habitudes de vie (nutrition, sédentarité) ou les expositions environnementales, 40 % des cancers pourraient être évités. Pour autant, un récent rapport de la Cour des comptes a pointé les « résultats médiocres » des politiques de prévention, malgré l'importance des moyens financiers engagés. Il est donc indispensable de structurer une dynamique de prévention ambitieuse, intégrée dans les

parcours de soins et territorialisée, conformément aux orientations de la stratégie décennale de lutte contre le cancer.

Unicancer, un acteur majeur et pivot de la prévention

Déclinaison territoriale insuffisante, organisation des soins primaires et mode d'exercice professionnel et de rémunération peu favorables à une politique de prévention continue et efficace ou encore faiblesse de la culture de santé publique : les limites auxquelles se heurtent les politiques de prévention sont multiples et persistantes.

Pour cela, les CLCC disposent d'une grande expertise et de moyens techniques, notamment en matière de dépistage et de détection précoces, qui permettent d'optimiser les chances de guérison d'un cancer et d'en limiter les séquelles :

- Plateaux techniques de pointe (imagerie, analyses biomoléculaires, oncogénétique, etc.);
- Soins de support et consultations spécialisées facilement accessibles pour prévenir les séquelles des traitements;
- Continuum sur toute la chaîne de la prévention au service du dépistage et d'un accès aux traitements innovants personnalisés;
- Lien historique avec les associations départementales, puis les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC).

La Fédération Unicancer s'investit dans la communication de prévention, noue des partenariats internationaux comportant des volets prévention, mène des études spécifiques (par



► CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES (suite)

- Rendre obligatoire la vaccination contre l'hépatite papillomavirus (HPV), qui représente plus de 6 300 nouveaux cas de cancers par an, concernant en majorité les femmes mais également près d'un tiers des hommes;
- Renforcer la recherche et la prévention en matière de risques environnementaux grâce à des centres de prévention dédiés en ciblant les populations à risque en s'appuyant sur la collecte de données infradépartementales et en sensibilisant les adolescents et les jeunes adultes;
- Développer les collaborations entre les centres experts en oncologie, les spécialistes de la santé au travail et les entreprises, afin d'identifier et de prévenir les cancers professionnels;
- Former les professionnels de santé aux enjeux du développement durable afin d'encourager des pratiques professionnelles préservatrices des ressources de l'hôpital;
- Inclure des critères sociaux et environnementaux dans les indicateurs qualité des établissements de santé;
- Développer une culture de l'évaluation des politiques de prévention basée sur la définition d'objectifs pluriannuels assortis d'indicateurs qualité et définition d'objectifs de prévention au niveau des territoires.

Zoom sur l'environnement

L'environnement est un des principaux déterminants de la santé. Un décès sur six dans le monde s'explique par la pollution de l'air. Il est fondamental d'impulser une politique volontariste fondée sur une action interministérielle Santé-

Environnement, garante d'une politique « One Health ». Une prise en charge globale des patients consiste à appréhender les parcours de vie et de soins de manière holistique : éducation à la santé, prévention, soins, recherche, suivi des séquelles, risques de second cancer.

Zoom sur le potentiel de l'intelligence artificielle

L'apport considérable de l'intelligence artificielle (IA) en matière de prévention va permettre des progrès majeurs, qui en feront un pilier essentiel de la future stratégie de prévention des cancers :

- Simplifier le dépistage de routine (remédiant ainsi à une partie des inégalités d'accès au dépistage);
- Multiplier les capacités de recherche sur les marqueurs précoces de cancer;
- Développer des traitements personnalisés et de précision;
- Prévenir davantage les cancers à prédisposition génétique en identifiant de nouveaux profils génétiques à risque.

Au final, l'indispensable amélioration de la prévention dans notre pays nécessite une politique volontariste avec des moyens humains, technologiques et financiers suffisants, au plus près de réalité des besoins, des territoires. Elle passera notamment par un ciblage le plus précis possible des populations et des actions, associé à une évaluation de ces actions, et devra s'attacher particulièrement aux modes de vie, à l'alimentation, aux cancers professionnels et à l'impact environnemental. ■

► **CANCER DU POUMON : LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ ACTUALISE SON AVIS SUR LE DÉPISTAGE PAR SCANNER FAIBLE DOSE ET RECOMMANDE L'ENGAGEMENT D'UN PROGRAMME PILOTE**



HÔPITAL COCHIN AP-HP

1 Pr Marie-Pierre REVEL, Chef de service radiologie ((ancienne présidente de la Société européenne d'imagerie thoracique)

GE HEALTHCARE

2 Laurence COMTE-ARASSUS, Directrice générale, France BeLux et Afrique francophone

3 Erika SAILLANT, Directrice stratégie et marketing, France BeLux

Le cancer du poumon est la première cause de décès par cancer au plan mondial non seulement chez les hommes, mais aussi désormais chez les femmes européennes. Les deux pays particulièrement concernés par l'augmentation de la mortalité féminine sont l'Espagne et la France.

Lorsque le cancer est révélé par des symptômes, il s'agit dans 80 % des cas d'un stade avancé non éligible à la chirurgie, qui est le traitement curatif de référence du cancer du poumon.

Aujourd'hui, le dépistage n'est pas encore mis en place de manière organisée en France. Des discussions sont en cours au Parlement européen pour modifier les recommandations en matière de dépistage et inscrire le dépistage du cancer du poumon parmi les dépistages recommandés, compte tenu des résultats positifs convergents de plusieurs études européennes, publiées au cours des deux dernières années.

Il est évident que cette pathologie doit faire l'objet d'une prévention primaire forte, de façon à prévenir le début du tabagisme et favoriser son arrêt lorsqu'il est actif. L'intérêt d'une prévention secondaire est de permettre la détection précoce des cancers du poumon, majoritairement et directement causés par le tabac, qui, dépistés précocement, peuvent être traités de façon curative.

A. Prévention primaire

De nombreuses mesures ont été prises, en particulier en France, pour réduire le tabagisme : interdiction de sa publicité; interdiction de fumer dans les lieux collectifs, notamment ceux fréquentés

par les enfants; remboursement des substituts nicotiques ou encore hausse du prix des cigarettes. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que, dans les pays riches, une augmentation de 10 % du prix du tabac peut réduire sa consommation d'environ 4 %.

Le programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 (PNLT) a sans doute été perturbé par la crise du Covid-19. Selon une étude de Santé publique France, plus de 1 fumeur sur 4 dit avoir consommé davantage de tabac depuis le début de la pandémie, particulièrement les jeunes et les actifs confinés. Il est donc important de renforcer les mesures de prévention primaire et, par exemple, travailler avec des influenceurs pour modifier l'image sociale du tabac, notamment chez les jeunes, afin de « dénormaliser » le tabagisme, renforcer les suivis de sevrage tabagique initié ou encore, comme au Québec, interdire le tabac en terrasse non privative.

Références :

- https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf
- <https://www.lesechos.fr/economie-france/social/coronavirus-la-consommation-de-tabac-et-dalcool-a-t-elle-augmente-pendant-le-confinement-1202433>

B. Prévention secondaire

Le cancer du poumon est une maladie que l'on pourrait qualifier de dormante. Ainsi, sa progression démarre par la formation initiale de cellules tumorales, une phase pendant laquelle la maladie reste microscopique, puis la maladie va devenir détectable mais toujours cliniquement silencieuse, avant d'entraîner des symptômes et le décès du patient s'il n'est pas pris en charge à temps.



► CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES (suite)

Il faut donc profiter de cette phase infrasympptomatique pour réaliser un dépistage radiologique permettant d'identifier des stades précoces, proposer un traitement curatif et changer la donne en matière de survie.

On sait désormais que le dépistage par scanner thoracique et l'évaluation par logiciels du rythme de croissance volumique des nodules détectés (une croissance rapide signifie que le nodule est cancéreux) sont efficaces. Désormais, on a à la fois l'évidence scientifique d'un bénéfice en matière de réduction de mortalité et une stratégie efficace avec peu de faux positifs.

Le ministère de la Santé et des Solidarités et l'Institut national du cancer (INCA) financent l'étude pilote CASCADE, qui a pour objectif le dépistage du cancer du poumon par scanner faible dose dans une population féminine à risque. Cette étude va

inclure 2 400 femmes, entre 50 et 74 ans, fumeuses actives ou sevrées depuis moins de quinze ans dans quatre villes françaises : Paris, Rennes, Béthune et Grenoble. Elle validera si la lecture des scanners réalisés peut être réalisée par un seul lecteur, plutôt que d'organiser une double lecture systématique, et évaluera le rôle de l'intelligence artificielle pour la détection des anomalies. Elle évaluera également l'impact de la démarche de dépistage sur le sevrage tabagique, le retentissement psychologique et les coûts induits par le dépistage. Cette étude, dont le promoteur est l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), débutera au cours du premier trimestre 2022.

Ce programme pilote et des études en vie réelle permettront d'obtenir les données manquantes avant la mise en place d'un dépistage organisé, qui pourra bénéficier plus largement à la population à risque, qu'elle soit féminine ou masculine. ■

base d'une sollicitation non nominative faite à tous les employés pour la grippe. Déployée également pour la vaccination contre le Covid-19, selon les directives gouvernementales, dans un premier temps pour les personnes dites « fragiles », puis ouverte à tous dans un second temps et selon les disponibilités de vaccins.

C. Sensibilisation

À l'intérieur de l'entreprise :

L'entreprise est un vecteur pour la sensibilisation à la détection des pathologies : pendant le mois d'« Octobre rose », sur le volontariat d'employés investis, mobilisés et soutenus par leur entreprise, est organisée sur notre site de Buc dans les Yvelines (site mondial recherche et développement et production, 1 500 salariés) une opération de sensibilisation au dépistage du cancer du sein, qui comprend un ensemble d'ateliers ouverts aux employés : interventions de médecins orateurs, sensibilisation au dépistage (autopalpation) par le médecin du travail avec flyer explicatif donné aux participants, découverte des technologies liées à l'imagerie en sénologie, etc.

On estime à 1 collaborateur ou collaboratrice sur 2 le nombre qui relaie cette information dans le cercle familial.

À l'extérieur de l'entreprise :

L'entreprise peut aussi contribuer et renforcer la sensibilisation de la population à un dépistage déjà organisé et structuré par les ARS, qui fixent le cadre au sein d'une politique gouvernementale. Nombreuses sont les initiatives qui, bien organisées, contribuent à l'action de sensibilisation des populations.

Ainsi, « le camion d'Octobre rose », affrété et équipé de mammographes et d'échographes fournis par nos soins, a parcouru une dizaine de dates en région parisienne à la rencontre des Parisiennes mais aussi d'habitantes de zones moins favorisées d'Île-de-France (Garges-lès-Gonesse et alentour), en partenariat avec des cabinets de radiologie et des associations ancrés localement qui vont mobiliser les utilisateurs finaux grâce à leur maillage ancré et leur connaissance des habitants et des habitantes. Une autre opération, menée par Amgen, à laquelle nous nous sommes associés, a visé la sensibilisation au risque d'ostéoporose.

Ce que l'entreprise pourrait faire mieux ou plus

L'entreprise, par son champ de déploiement rapide et à l'échelle, pourrait permettre d'aller au-delà et de sensibiliser les salariés et étendre son rôle à la prévention primaire et secondaire.

A. Prévention primaire :

En tant qu'employeur nous sommes légitimes à dérouler des actions de sensibilisation/prévention par rapport aux risques qui pèsent sur la santé et le bien-être de nos collaborateurs.

Ainsi des opérations de sensibilisations aux risques liés au tabac (complétés d'orientations de suivis particuliers dans l'accompagnement au sevrage tabagique par la médecine du travail), à la sédentarité, etc., peuvent être menées.

Ce type de prévention est déjà proposé aux salariés sur la base du volontariat et ne fait aujourd'hui pas partie de l'ombrelle hygiène sécurité environnement (HSE) qui pourrait les rendre obligatoires.

Des mesures supplémentaires doivent être justifiées par le contrat de travail des salariés et notre règlement intérieur. Donc elles ne pourraient être liées qu'à une politique de santé territoriale cohérente qui allierait public actif et enfants à l'école, par exemple, où l'entreprise serait un vecteur puissant de déploiement, et non un initiateur.

B. Prévention secondaire :

Le dépistage des maladies n'est aujourd'hui pas une pratique dans le cadre de l'entreprise. Seuls les entretiens avec le médecin du travail peuvent faire l'objet d'un éventuel dépistage ou orientation de suivi médical.

En revanche, et en cohérence avec plus de prévention primaire, sensibiliser les employés à la détection des pathologies et s'assurer qu'en tant qu'entreprise de santé nos salariés soient bien informés sur le sujet nous paraît primordial. Cela rejoint le point précédent, où les évidences de base pourraient faire partie de communications ciblées faites aux salariés et, en cohérence avec un plan plus large, utiliser les systèmes existants de l'entreprise (formations, etc.) comme vecteurs. ■

► **PRÉVENTION : LES ATOUTS DE L'ENTREPRISE**



GE HEALTHCARE

1 Laurence COMTE-ARASSUS, Directrice générale, France BeLux et Afrique francophone

2 Erika SAILLANT, Directrice stratégie et marketing, France BeLux

L'entreprise couvre une population active dont deux tiers sont en âge d'être parents⁽⁵⁾ et donc préparant la prochaine génération. En outre, l'entreprise couvre les différentes catégories sociales et socioculturelles, du salarié et de la salariée peu qualifié(e) à la direction. Elle joue déjà un rôle dans la prévention que nous allons décrire et on peut imaginer utiliser davantage ce levier organisationnel et humain dans la prévention.

Ce que l'entreprise fait déjà en matière de prévention

A. Prévention des risques liés au travail

Un rôle obligatoire et organisé dans l'entreprise touche la prévention des risques liés au travail (HSE). L'entreprise, à cette échelle, dispose d'un mécanisme de prévention, de report et de mitigation des risques dans un système vertueux d'apprentissage. Tout cela est documenté et fait partie du système de management HSE, conformément à nos certifications

ISO 45001 (santé sécurité au travail), ISO 14001 (Environnement) et ISO 50001 (gestion des énergies). L'entreprise délivre un plan de formation mis en œuvre pour chacun des employés, qui contient les formations nécessaires à la prévention de ces risques. Les risques psychosociaux font aussi partie du champ d'action de l'entreprise.

Elle déploie aussi régulièrement des communications sur le bien-être au travail et des sessions en ligne pour promouvoir les bienfaits de l'activité physique, qui a été mise en exergue par le télétravail mis en place de manière massive depuis la crise sanitaire.

B. Vaccination

L'entreprise n'a pas vocation à délivrer les soins. Cependant, elle est mise à contribution dans le cadre de mise en œuvre vaccinale, avec par exemple une vaccination proposée et non obligatoire pour la grippe chaque année et délivrée par la médecine du travail. Dans le respect de la confidentialité et sur la

(5) <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277653?sommaire=4318291>

► CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES (suite)

► **LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, DES ACTEURS DE PRÉVENTION**



FÉDÉRATION DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (FHP)

1 **Béatrice NOËLLEC**, Directrice des relations institutionnelles et de la veille sociétale

2 **Christine SCHIBLER**, Déléguée générale



Trop oubliés dans les politiques de prévention, les établissements de santé, publics comme privés, ont pourtant toute légitimité à en devenir des acteurs, par leur expertise, par le maillage territorial qu'ils déploient, etc., et surtout par la formidable chambre d'écho qu'ils constituent pour passer des messages et mener des actions préventives. Ils constituent également autant de capteurs de « signaux faibles » en matière de santé et d'épidémiologie, indispensables pour travailler dans l'anticipation et la prospective.

Déjà investis dans l'éducation thérapeutique ou encore l'activité physique adaptée, les établissements de santé ont à un rôle à jouer en matière de prévention primaire, sous réserve d'une stratégie intégrée et de dispositifs de recueil de données adéquats. À titre d'illustration, les 1 030 hôpitaux et cliniques privés à missions prennent en charge chaque année 9 millions de personnes, sans compter leurs proches : on mesure bien le potentiel, aujourd'hui largement sous-exploité, pour basculer notre système de santé vers une logique préventive et l'irrigation d'une véritable culture de santé publique.

Depuis longtemps, l'établissement de santé n'est plus une forteresse. Dans une vision centrifuge, il est un acteur à part entière du parcours de soins et de vie du patient : consultations avancées et dématérialisées, hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et de réadaptation (SSR) hors les murs, etc. Toutes ces initiatives procèdent d'une expression qui a émergé dans l'espace public avec la vaccination : être dans « l'aller vers ». Cette même logique s'applique à la prévention : en intervenant auprès des publics scolaires, en bâtissant des partenariats avec les associations et les entreprises, en organisant des conférences de citoyens autour de l'élaboration de projets concrets, l'hôpital ou la clinique est un acteur de la cité et de la démocratie sanitaire.

Autre sphère d'action pour la prévention au sein des établissements, les enjeux de responsabilité environnementale et sociale : la lutte contre les perturbateurs endocriniens, l'éducation nutritionnelle, les maternités écoresponsables soucieuses d'évincer les polluants divers, etc., mais aussi l'action autour des maux de la société. C'est dans cet esprit, par exemple, que la FHP a récemment signé une convention de partenariat avec l'association Women Safe & Children, qui lutte contre toutes les formes de violence envers les femmes et les enfants.

Un thème est insuffisamment considéré aujourd'hui : la prévention en santé mentale. Au-delà de traiter la crise, les établissements psychiatriques ont un rôle majeur à jouer de sensibilisation sur le diagnostic précoce des troubles mentaux : prise de conscience des comportements à risque, pratiques positives telles que le sport, etc.

Mais, aujourd'hui, les actions comme les acteurs ne sont pas suffisamment reconnus. Les initiatives prises par les offreurs de soins sont largement « personnes dépendantes » et se déploient selon les disponibilités budgétaires, sans financement pérenne ni évaluation. Dans un rapport de juillet 2018, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) écrivait : « L'absence ou la faible rémunération des professionnels et des structures qui pratiquent la prévention constituent un frein à la mobilisation. » Il en est de même pour la reconnaissance des métiers de la prévention, mal connus et trop peu visibles.

Le prochain quinquennat devra s'employer à lever ces freins. Quelques conditions sont indispensables pour y parvenir : une vision plus globale, « One Health » et un travail en interministérialité; une priorisation claire d'un nombre limité d'objectifs; une visibilité donnée par un volontarisme politique; des financements clairs et mobilisables; une mobilisation de tous les acteurs, dont les élus territoriaux, et de l'ensemble

de la société; des leviers de communication et de sensibilisation modernes et incitatifs plutôt que punitifs, fondés sur une compréhension fine des ressorts d'acceptabilité sociale de telle ou telle mesure; des données de santé fiables, homogènes et partagées; une véritable évaluation a posteriori des démarches engagées.

Si ces conditions sont remplies – et beaucoup de chemin reste à parcourir pour ce faire –, les politiques de santé publique et de prévention donneront des résultats et feront évoluer les comportements de manière pérenne. ■

► **DEUX OUTILS DE PRÉVENTION : PIMS ET PROGRAMME « IMA S@NTÉ »**



Michel PAOLI
 Conseiller santé à la direction générale,
GROUPE IMA - INTER MUTUELLES ASSISTANCE

Le groupe Inter Mutuelles Assistance (IMA) met à la disposition de mutuelles et d'instituts de prévoyance (IP) des outils et des dispositifs permettant aux bénéficiaires de leurs portefeuilles de s'engager dans une démarche de prévention personnalisée, novatrice et pertinente.

Le groupe IMA est une société d'assistance, c'est-à-dire une société de services, issue de l'environnement mutualiste et donc du monde de l'économie sociale et solidaire. IMA sert ainsi plus d'une centaine de mutuelles (assureur santé ou généraliste) et d'IP. De ce fait, IMA est en mesure de délivrer des prestations à 45 millions de bénéficiaires. Du fait de sa présence sur tous les champs du parcours de vie (mobilité, habitat et médical), de la responsabilité sociétale qui découle de son ADN mutualiste, le groupe IMA s'affirme comme un acteur en santé efficient capable d'apporter au parcours de soins son expertise en matière d'orchestration et de coordination de services. L'objectif n'est pas d'être un acteur direct du soin mais d'aider chacun à préserver son capital santé.

À cette fin, IMA s'est doté d'outils innovants, à savoir un programme adapté intitulé « ima s@nté » et une plateforme téléphonique spécialisée dénommée « PIMS » (plateforme interdisciplinaire médico-sociale). Ces outils sont complémentaires et fonctionnent en synergie. Ils sont prioritairement axés sur la prévention et sur « l'empowerment » des bénéficiaires dans la prise en charge de leur santé. Ils sont mis à la disposition des actionnaires et des clients d'IMA.

Le programme « ima s@nté » est une solution globale de prévention qui couvre tous les champs (primaires, secondaires et tertiaires) de celle-ci. C'est une solution ouverte, puisqu'elle permet d'agréger

les services d'IMA (services à la personne, services à domicile, etc.) et les réponses de partenaires extérieurs (consultation par un psychologue, par exemple) pour être en mesure de traiter des cas complexes. C'est également une solution d'accompagnement du bien-être et de détection des fragilités favorisant l'implication du bénéficiaire dans la gestion de sa propre santé.

Le programme « ima s@nté » comporte une composante numérique significative. En effet, les services sont tous accessibles à travers un portail Web adapté aux dispositifs mobiles (smartphones, tablettes). Ce portail propose un socle de services numériques (demande d'assistance, catalogue des services et des partenaires, contenu d'informations et de conseils) complété par une offre de téléconsultation et de second avis médical. Le portail propose l'accès à différents modules : « Bien-être », tourné vers l'identification des risques du mode de vie et de leur correction; « Entrée/Sortie d'hospitalisation », centré sur l'accompagnement en amont et en aval d'un épisode hospitalier; « Maladie redoutée », qui accompagne le bénéficiaire tout au long de ses soins; « Aidant », qui permet au bénéficiaire et à ses proches de gérer le quotidien; « Vie pro/perso », qui favorise la qualité de vie au travail (QVT). Ces modules comportent des questionnaires permettant d'identifier les risques affectant le bénéficiaire et des contenus adaptés aux différentes étapes du ou des parcours.

Une attention particulière est portée à la prise en compte de la santé mentale. Le portail s'ouvre par ailleurs à l'ensemble des services d'assistance d'IMA et fait le lien avec d'éventuels dispositifs externes complémentaires de prévention ou d'action sociale. Et, enfin, il est surtout une porte d'accès vers la PIMS.



► CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES (suite)

La PIMS est un levier décisif pour la mise en œuvre des actions d'accompagnement et de prévention portées par les différents modules du programme « ima s@nté ». Innovation organisationnelle, cette plateforme regroupe en un même lieu et en interaction permanente quatre métiers : des infirmières diplômées d'État (IDE), des travailleurs sociaux, des évaluatrices sociales et des ergothérapeutes. L'ensemble de ces métiers permet de prendre en compte tous les aspects de la santé dans sa globalité (habitat, cadre de vie, social, sanitaire, etc.) et d'explorer les différents axes de la prévention (confort et sécurité de l'habitat, précarité financière, démarches sociales, épuisement des aidants, retraite, prévention de la chute ou des dépressions, etc.).

Les infirmières ont une action particulière qui recouvre un large champ allant de l'hospitalisation à la maladie chronique en passant par des coachings (stress, sommeil, addictions, activité physique adaptée, alimentation, etc.) adaptés aux risques de chacun. Cette prise en compte des profils peut être renforcée par des formations spécifiques lorsque le groupe IMA accompagne des organismes dédiés à une profession (les policiers, les militaires, etc.) ou des organismes protégeant des risques spécifiques (le décès ou la dépendance, par exemple).

Dès lors que les réponses de niveau 1 ne sont plus suffisantes au regard de la demande du bénéficiaire, la PIMS en général et les IDE en particulier peuvent orienter vers des prestataires extérieurs spécialisés (psychologue, diététicien, activité physique adaptée, etc.) de niveau 2.

L'atout majeur de la PIMS dans son activité d'accompagnement et de prévention repose sur sa pratique de l'approche motivationnelle. Cette technique, basée sur les « 4E » (à savoir « écouter avec empathie », « explorer pour identifier les motivations », « éviter le réflexe correcteur infantilisant » et « encourager à s'engager dans le changement »), permet d'induire un changement comportemental profond (empowerment).

En résumé, la PIMS va donc procéder à une analyse initiale (réévaluée en continu) des risques présentés par un bénéficiaire puis proposer une démarche et un suivi adaptés au profil de celui-ci. En pratique, ce suivi s'appuie principalement sur un certain nombre d'entretiens téléphoniques réguliers (4 à 6 par mois) en fonction du type de contrat proposé par la mutuelle santé, de la nature de la prestation et du profil du bénéficiaire. ■

- Les réticents, qui ne souhaitent pas changer leurs habitudes même s'ils sont conscients qu'il le faut.

Tous voient leurs professionnels de santé, à des périodicités différentes. Si certains ressortent des consultations avec des préconisations pour mieux manger, pratiquer une activité physique, etc., presque aucun n'arrivera à mettre en place concrètement ces conseils, encore moins pendant plus de trois mois.

Le besoin n'est plus seulement l'information mais l'action au quotidien

Il ne s'agit plus seulement de centraliser l'information et de conserver le rôle des professionnels de santé dans la prévention tel qu'on le connaît aujourd'hui, il s'agit de dépasser les trois obstacles majeurs aux actions préventives :

- La capacité à impliquer tous les individus avant la maladie, c'est-à-dire à dépasser le volontariat, car le déclin arrive encore trop tard ;
- La capacité à adapter concrètement les actions préventives à l'échelle de l'individu afin d'agir concrètement au quotidien ;
- La capacité à soutenir le changement de comportement santé dans la durée, et donc à motiver. Parce que les déterminants de santé sont liés aux habitudes de vie, notre capacité à soutenir les nouveaux comportements est stratégique dans la politique nationale préventive.

Il s'agit donc de dépasser l'unique promotion de la santé pour ancrer la politique française dans une véritable prise en charge préventive, à l'instar de la prise en charge curative. Pour y arriver, la création dès le plus jeune âge d'un plan personnel de santé est nécessaire.

Constitution du plan personnel de santé

Ce plan, constitué à partir d'un ensemble de données entrantes (antécédents familiaux, profil santé, habitudes de vie, environnement économique, zone géographique, etc.), permet de définir et de proposer un ensemble d'actions concrètes, mesurables et évaluable ainsi que de les historiser. Différencié et adapté aux grandes étapes de la vie (enfance, adolescence, passage à la vie active, départ en retraite, événement de santé, etc.), il intègre :

- Un plan d'action personnalisé sur tous les déterminants de santé afin d'éviter la maladie⁽⁶⁾ ;

- Des dépistages réguliers, évoqués plus haut dans la recommandation du Think Tank ;
- Des consultations programmées de mise à jour du plan personnel de santé ;
- Des consultations de suivi de ce plan.

La mise en place de ce plan personnel de santé doit permettre d'impliquer dès le plus jeune âge dans les actions en faveur de la préservation de la santé et surtout de l'évitement des maladies non transmissibles.

Application du plan personnel de santé

Pour l'appliquer au quotidien, chacun doit pouvoir accéder à des outils de mise en place du plan d'action et à des consultations efficaces et dédiées :

Pour appliquer le plan d'action au quotidien

- Un accès à du « coaching » de professionnels de la santé, personnalisé et pratique ;
- Des applications numériques de santé certifiées permettant d'être accompagné de façon personnalisée, quotidienne et objectivée, en fonction de la personne, de son profil santé, de sa situation personnelle, etc.

Pour créer et mettre à jour le plan personnel de santé : des consultations de diététiciennes, de tabacologues, d'enseignants en activité physique adaptée (APA), etc.

Ces consultations préventives peuvent être organisées en distanciel (par visio ou téléphone) par des paramédicaux spécifiquement formés à ces nouveaux métiers de la santé avec l'intérêt de permettre au plus grand nombre d'y accéder, quelle que soit la situation géographique.

Les infirmières, infirmières scolaires, paramédicaux et professionnels de la santé doivent être formés pour accompagner la mise en application du plan personnel de santé. Des centres inter/pluridisciplinaires dédiés à la création et au suivi du plan personnel de santé pourraient être créés, en s'appuyant sur les structures existantes. Ces centres pourraient également être intégrés aux objectifs et aux périmètres des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et/ou des maisons de santé, afin d'assurer une application correcte et continue du plan personnel de santé tout au long de la vie. ■

► **POUR RÉUSSIR LA PRÉVENTION, IL FAUT L'ANCRER DANS L'ACTION AU QUOTIDIEN ET SORTIR DE LA SEULE PROMOTION DE LA SANTÉ**



VIVOPTIM SOLUTIONS

- 1 **Virginie FEMERY**, Directrice générale
- 2 **Souhad BALLOUK**, Directeur stratégie & développement

Dès son plus jeune âge, chacun d'entre nous devrait avoir un « **plan personnel de santé** ». Ce plan personnel de santé intègre toutes les recommandations du Think Tank mais répond aux problématiques d'application dans la vie quotidienne et à la levée des freins motivationnels nécessaires à la réussite des actions préventives.

Nous accompagnons chaque jour des milliers de personnes dans l'amélioration de leur santé, qu'elles aient ou aient eu une maladie ou qu'elles soient en bonne santé. La plupart sont déjà sensibilisées aux bonnes pratiques disponibles via

les nombreux canaux d'information (campagnes de communication institutionnelle, magazines santé, émissions de télévision, Internet, blogs santé, etc.). Nous y distinguons plusieurs profils :

- Les impliqués, qui s'informent et cherchent comment appliquer les bonnes pratiques à leur cas ;
- Les attentistes, qui sont rassurés de s'être inscrits dans un accompagnement santé même s'ils ne le suivent pas assidûment ;
- Les anxieux, qui ont appris qu'ils présentaient des risques et devaient prendre des actions ou ont eu un événement de santé ;

(6) La plupart des actions préventives ne portent que sur un ou deux déterminants de santé. Pour être efficace, l'approche doit être holistique et porter sur l'ensemble des déterminants

de santé de chaque individu, en incluant le mode de vie et l'environnement.

► CONTRIBUTIONS SPÉCIFIQUES (suite)

► **UNE USAGÈRE DE LA SANTÉ QUI S'ADRESSE AUX USAGERS DE LA SANTÉ**



Ludovic MOY
 Médecin et
 Administrateur,
**CENTRE
 RÉGIONAL DE
 COORDINATION
 DES DÉPISTAGES
 DES CANCERS
 (CRCDC) DE
 BRETAGNE**

Beaucoup des opinions, des analyses et des propositions d'ordre organisationnel exposées sont partagées par la majorité des membres du Think Tank. Il est admis que la prévention dépasse le cadre strict des soignants et est aussi l'affaire des collectivités locales, des associations ou des entreprises. Nous n'avons pas pu accueillir d'acteurs qui œuvrent, au quotidien ou presque, sur le terrain, au contact direct de la population. J'ai cherché à obtenir le témoignage et le regard de l'un d'entre eux en interviewant brièvement Maryse Thaëron-Chopin, représentante des usagers au sein du CRCDC⁽⁷⁾ de Bretagne, qui nous livre sa vision de la prévention et décrit ses actions concrètes fréquemment en direction des populations les moins favorisées.

Mme Thaëron-Chopin, issue du monde de l'entreprise, a débuté son engagement il y a treize ans grâce au Comité féminin pour la prévention et le dépistage des cancers. Elle se décrit comme « une usagère de la santé qui s'adresse aux usagers de la santé » et, pour elle, le soin et l'accompagnement des personnes malades masquent trop les messages de prévention. Il existe un défaut de communication. La distinction « académique » entre prévention primaire et secondaire ne lui apparaît pas primordiale : lors de ses interventions en faveur du dépistage des cancers, elle évoque également les actions de prévention primaire (sport, alimentation, etc.).

Elle exerce son bénévolat essentiellement au travers d'interventions auprès de la population, en partenariat avec d'autres associations ou à l'invitation de structures. Elle est, par exemple, en lien étroit avec le Secours populaire très demandeur, pour différents événements (« La Semaine du Goût », par exemple). Il s'agit dans ce cas d'aller plus particulièrement à la rencontre des publics les plus précaires, dans les quartiers les moins favorisés. Dans le même état d'esprit, elle a en projet la fourniture d'embarcations collectives pour le Comité régional de Bretagne canoë-kayak (CRBCK) Comité Bretagne de canoë-

kayak afin de permettre aux personnes isolées socialement et matériellement de pratiquer une activité sportive gratuite et en groupe. À l'appel de la Mutuelle Entraïn (Santé et prévoyance adaptées aux cheminots), elle a encore insisté sur la place de la pratique régulière d'une activité sportive dans la prévention. Cela s'est traduit concrètement par une participation aux randonnées pédestres lors du mois d'« Octobre rose ». À la demande d'un lycée professionnel du nord du département, elle est intervenue auprès de jeunes en formation pour un CAP de service à la personne en milieu rural. Elle reconnaît là une action particulièrement pertinente avec un message délivré directement auprès des jeunes pour leur propre santé et pour celle des personnes qu'ils auront à prendre en charge après leur diplôme. Ils deviennent des passeurs de messages. Elle intervient aussi, à l'appel de professionnels de santé, pour épauler des médecins généralistes retraités bénévoles dans des actions de prévention ou bien pour sensibiliser les infirmières du réseau ASALEE⁽⁸⁾.

Au niveau institutionnel, Mme Thaëron-Chopin désigne la CPAM comme un partenaire essentiel et indispensable, plutôt que l'ARS. C'est le département qui lui paraît être l'échelle géographique la plus pertinente pour les projets qu'elle entend mettre sur pied : « J'aimerais aider des personnes en grande précarité à participer à des activités physiques sans que ça coûte. Dans la prévention primaire, le coût des activités physiques peut être un frein pour les personnes à faibles revenus. » Pour cela, elle continue à développer des liens avec des associations telles que le Secours populaire, Les Restos du cœur, Emmaüs, etc.

Enfin, Mme Thaëron-Chopin estime que les outils numériques ont leur place dans les stratégies de prévention, mais les populations défavorisées, qui sont déjà peu sensibles aux messages et aux incantations des supports traditionnels, sont également celles qui ont le moins accès à ces outils. Ils ne doivent donc en aucun cas se substituer aux échanges présentsiels. ■

(7) Classé dans la prévention secondaire, le dépistage organisé des cancers du sein a débuté il y a plus de vingt ans. Il s'est alors organisé en associations départementales, qui se sont vu confier ensuite l'organisation du dépistage du cancer colorectal puis, plus récemment, du cancer du col de l'utérus.

Une obligation réglementaire a contraint en 2019 ces structures départementales à se regrouper pour créer les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers.

(8) Actions de santé libérale en équipe.

**LES RECOMMANDATIONS 2012-2022 DU
 THINK TANK ÉCONOMIE SAN+É**

2012

POUR AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SOINS

- Faire de la santé et de son financement un grand débat public
- Impliquer et responsabiliser les professionnels
- Anticiper la mutation stratégique des établissements hospitaliers
- Mieux gérer les maladies chroniques
- Organiser et financer la prévention

2013

UNE NOUVELLE ORGANISATION DES SOINS ET UNE PLATEFORME TERRITORIALE DE COORDINATION

- Pour améliorer la qualité de vie des plus de 75 ans vulnérables
- Pour optimiser les dépenses sanitaires et sociales, publiques et privées

2014

COORDINATION DES SOINS

QUATRE MESURES POUR AMÉLIORER LA CONTINUITÉ DES SOINS, CONDITION DE LA QUALITÉ ET DE L'EFFICACITÉ

- Identifier et rémunérer sans ambiguïté le coordonnateur des soins, et faire de la rémunération des professionnels et de la facturation des établissements deux leviers majeurs
- Développer une politique territoriale contractuelle et donner aux agences régionales de santé les moyens d'agir
- Recenser les initiatives, labéliser et promouvoir les plus efficaces, informer les patients
- Développer des solutions technologiques appropriées à cet objectif : le dossier informatisé de coordination des soins

2015

DONNER AUX ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS LES MOYENS DE FAIRE DES ÉCONOMIES

- Le pouvoir politique ne doit pas entraver la recherche d'efficacité des établissements hospitaliers
- Les équipes de direction générale et médicale doivent être mobilisées par une réelle autonomie de gestion
- Le public doit être informé en transparence totale

2016

QUE LA SANTÉ FASSE PARTIE DES DÉBATS DE L'ÉLECTION PRÉSIDENTIELLE DE 2017

2017

POUR DES SOINS DE QUALITÉ, AGIR EFFICACEMENT SUR LES TARIFS

- Comment faire en sorte que chacun ait intérêt à se mobiliser ?

2018

MOBILISONS L'INNOVATION, POUR RÉDUIRE LES INÉGALITÉS

2019

HUIT PRÉCONISATIONS, POUR AMÉLIORER LA PERTINENCE EN SANTÉ

2020

TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ LA GOUVERNANCE DOIT ÊTRE PLUS EFFICACE ET PLUS LISIBLE

2021

LA PROSPECTIVE EN SANTÉ

POUR NE PAS SUBIR MAIS PRÉPARER L'AVENIR DE LA SANTÉ EN FRANCE

UN LIVRE BLANC RÉGULIÈREMENT ACTUALISÉ COORDONNÉ PAR LE HAUT-COMMISSARIAT AU PLAN

2022

PRÉVENTION EN SANTÉ

CRÉER UN CHOC DE COHÉRENCE ET D'EFFICACITÉ AU PLUS PRÈS DES CITOYENS EN CLARIFIANT LE PARTAGE DES RESPONSABILITÉS

THINK TANK
ÉCONOMIE
SAN+É

TÉLÉCHARGEZ LA RECOMMANDATION 2022 SUR
www.thinktank-economiesante.fr

CONTACT : Laëtitia DE KILKHEN • 01 87 39 77 96
Idekilkhen@lesechosleparisien.fr

#thinktankeconomiesante

NOS PARTENAIRES

abbvie

AGENCE
DU NUMÉRIQUE
EN SANTÉ

AMGEN®

GE Healthcare

IMA
ASSURANCES

Medtronic

NOVARTIS

GRUPE
PASTEUR
MUTUALITÉ

pwc

LE DISPOSITIF MÉDICAL
snitem
Pour faire avancer la santé

VIDAL
GROUP

VIVOPTIM
SOLUTIONS

UNE PUBLICATION

Les Echos
Le Parisien

ÉVÉNEMENTS