



**Communication
à la commission des affaires sociales
de l'Assemblée nationale**

**(art. L.O. 132-3-1 du code des juridictions
financières)**

La prévention sanitaire

OCTOBRE 2011

SOMMAIRE

AVERTISSEMENT	7
RESUME	9
RECOMMANDATIONS	13
INTRODUCTION	15
CHAPITRE I UNE DEPENSE MAL CONNUE	19
I - Les financements directement affectés à la prévention.....	19
A - Les crédits budgétaires.....	20
B - Le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) de l'assurance maladie.....	23
II - L'approche des comptes nationaux de la santé.....	26
A - Une comptabilisation par défaut	26
B - Un agrégat à interpréter avec prudence.....	28
III - Les dépenses de prévention intégrées dans les dépenses du risque maladie.....	31
CHAPITRE II UNE DEFINITION PERFECTIBLE DES OBJECTIFS ET DES PRIORITES	35
I - Cent objectifs de santé publique	35
A - Des objectifs à forts enjeux interministériels	36
B - Des indicateurs de suivi quantifiés	36
C - Une absence de hiérarchisation	37
II - Des plans trop nombreux, mal articulés et mal suivis	41
A - Une trentaine de plans aux statuts divers	41
B - Un défaut de cohérence et d'outils de suivi.....	43

III - Une insuffisante recherche d'efficience.....	48
A - L'absence en France d'évaluation médico-économique en matière de santé publique	48
B - Les problématiques d'efficience des actions de dépistage organisé...	52
C - La question du « retour sur investissement » de la prévention.....	61

IV - Le périmètre restrictif de la politique de prévention	62
A - Les dépistages individuels	63
B - Le coût du traitement de l'hypertension artérielle.....	63

CHAPITRE III L'INSUFFISANCE DE PILOTAGE DE LA POLITIQUE ET DES ACTEURS DE LA PREVENTION SANITAIRE

67

I - Une organisation nationale dense	67
A - Le cloisonnement ministériel	68
B - Une multitude de structures nationales de conseil et d'expertise insuffisamment coordonnées.....	71
C - Le rôle propre de l'assurance maladie.....	82

II - Une organisation institutionnelle régionale en mutation.....	96
A - L'organisation complexe antérieure à 2010.....	96
B - Une mission désormais des agences régionales de santé	98
C - De nouveaux outils.....	101

III - Les réseaux associatifs et les représentants de la société civile.....	102
A - Les relations entre la direction générale de la santé et les associations	103
B - Le réseau associatif local : l'exemple des IREPS et ORS	104
C - La complexité des structures locales de dépistage et de vaccination	108

IV - Les stratégies de prévention et la prise en compte des intérêts économiques	114
A - La prévention de l'obésité chez l'enfant	116
B - Les ambiguïtés récurrentes de la prévention des risques liés à l'alcool	121

CHAPITRE IV LES LIMITES DE L'EVALUATION DE LA POLITIQUE DE PREVENTION SANITAIRE

123

I - Une expertise ex ante qui reste fragile.....	123
A - Des expertises parfois contradictoires.....	123
B - Une approche pluridisciplinaire encore embryonnaire.....	125

II - Des évaluations ex post peu conclusives.....	126
A - Le suivi par la DREES	127
B - L'évaluation des objectifs de santé publique par le HCSP	127
CONCLUSION.....	131
ANNEXES	133

Avertissement

Saisine de la Cour

En réponse à une demande de la commission des affaires sociales et de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale, la Cour des comptes a réalisé une enquête sur le bilan et l'évaluation de la prévention en santé, en application des dispositions de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières.

Eu égard à l'ampleur des approches possibles du sujet et à la demande des auteurs de la saisine de privilégier une approche transversale, le choix a été fait de centrer l'enquête sur la gouvernance et les processus de gestion des actions de prévention proprement sanitaire, c'est-à-dire dépendant du ministère de la santé dans la définition de leurs objectifs et reposant essentiellement sur le système de soins dans leur mise en œuvre, au regard des critères de l'efficacité et de l'optimisation de l'allocation des moyens tant de l'Etat que de l'assurance maladie. Ont été notamment exclues du périmètre des travaux les problématiques spécifiques de la protection maternelle et infantile, de la santé au travail, de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que les questions d'ordre environnemental. Le thème de la prévention nutritionnelle n'a pas été traité en tant que tel, mais abordé sous l'angle de la prévention de l'obésité chez l'enfant et des risques liés à la consommation d'alcool et de l'examen à cet égard des stratégies des acteurs économiques concernés.

Déroulement de l'enquête

Au plan méthodologique, les présentes conclusions s'appuient sur de nombreux travaux récents réalisés par la Cour ou des corps d'inspection, relatifs en particulier à l'évaluation de différents plans de santé publique, ainsi que sur des entretiens avec les principaux acteurs de la prévention. Il n'a pas été procédé à des investigations complémentaires sur la mise en œuvre d'actions de prévention spécifiques. L'enquête a utilisé les résultats de diverses études médicales publiées mais ne porte pas de jugement à leur égard.

Procédure contradictoire

Le présent rapport tient compte de la contradiction conduite avec différentes administrations centrales du ministère de la santé (direction générale de la santé, direction de la sécurité sociale, direction de la recherche, des études et des statistiques), ainsi que d'autres ministères (direction du budget, direction générale de l'alimentation, direction générale de l'aménagement, du logement et de la nature). La contradiction a été également menée avec la caisse nationale d'assurance maladie, la caisse nationale de mutualité sociale agricole, la Haute autorité de santé, le Haut conseil de la santé publique, l'institut de prévention et d'éducation pour la santé, l'institut national du cancer, ainsi que le conseil supérieur de l'audiovisuel. Elle a été aussi conduite avec l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), la fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES), la fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS), et l'association des industries alimentaires (ANIA). La directrice générale de l'alimentation et le président de l'ANIA ont été auditionnés à leur demande.

Le présent rapport a été préparé par la sixième chambre de la Cour des comptes, présidée par M. Antoine Durrleman, président de chambre, qui en a délibéré le 21 mars 2011. Les rapporteurs étaient Mme Marie-Anne Toupin-Jacquet, conseiller référendaire, et Mme Carole Pelletier, rapporteure extérieure, et le contre-rapporteur, Mme Marianne Lévy-Rosenwald, conseillère maître.

Il a ensuite été examiné et approuvé par le comité du rapport public et des programmes le 27 septembre 2011.

Résumé

Il est traditionnellement admis que la prévention occupe une place subsidiaire dans le système de santé français. Ce constat tient en partie au fait que ce concept est difficile à définir tant dans ses objectifs que dans sa mise en œuvre. Il s'explique aussi par les incertitudes relatives à l'efficacité de la politique actuelle.

I - Une dépense mal connue

Aucun acteur ne dispose d'une vision globale des moyens consacrés à la prévention. Selon le périmètre donné à celle-ci, le montant des dépenses qui lui sont consacrées varie entre moins d'un milliard d'euros à plus de dix.

Du fait de la méthodologie retenue pour sa construction, l'agrégat relatif aux dépenses de prévention contenu dans les comptes nationaux de la santé ne rend pas compte de la réalité de l'effort économique consacré à la prévention sanitaire. Il n'estime que partiellement la dépense.

Les actions prises en charge financièrement par l'assurance maladie sont pour leur plus grande part mêlées aux dépenses de soins et non identifiées en tant que telles au sein du fonds national d'assurance maladie. Le fonds national de prévention, d'éducation et d'information en santé, souvent considéré comme celui regroupant l'ensemble des dépenses de prévention de l'assurance maladie, n'en recouvre qu'une part limitée et hétérogène.

L'information budgétaire et comptable relative aux dépenses de l'Etat est très insuffisante s'agissant des crédits délégués précédemment aux services déconcentrés puis aux groupements régionaux de santé publique (GRSP) et désormais aux agences régionales de santé (ARS).

Seule une étude spécifique réalisée à la demande du ministère de la santé par l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) à partir des comptes nationaux de la santé donne une vision plus complète de cet effort financier. Mais s'appuyant sur des données de 2002, elle mérite d'être renouvelée régulièrement.

II – Une définition perfectible des orientations et des priorités

La loi de santé publique du 9 août 2004 a contribué à structurer la politique de prévention en déterminant cent objectifs de santé publique, pour la plupart de prévention sanitaire et en distinguant trois types de plans de santé publique selon leur caractère plus ou moins stratégique.

Toutefois, les nombreux objectifs sont considérés tout à la fois comme un tableau de bord indicatif et comme un engagement de niveau à atteindre sur chaque problématique. Aucun moyen financier n'est associé à leur réalisation. Leur statut est donc ambigu.

En dépit de la hiérarchisation prévue par la loi, la direction générale de la santé (DGS) pilote de fait une trentaine de plans pour lesquels il n'existe de différence ni dans leur élaboration, ni dans leur suivi, ni dans leur gradation. De plus, certains plans sont mal articulés les uns par rapport aux autres et comportent des nombreuses actions redondantes.

La définition de priorités pourrait être facilitée par l'exploitation des résultats d'analyses de type médico-économique comme celles que développe au Royaume-Uni, le National institute for clinical excellence (NICE). L'efficacité d'une stratégie préventive est appréciée en prenant en compte la durée de la vie et la qualité de la vie des personnes auxquelles elles s'appliquent. Cet indicateur synthétique unidimensionnel est utilisé essentiellement pour effectuer la comparaison « coût-utilité » des programmes de santé. Une telle démarche est encore embryonnaire en France ; seule la Haute autorité de santé (HAS) commence à la développer.

Les limites tenant aux conditions réelles de la mise en œuvre d'actions de prévention tendent à restreindre leur impact potentiel alors même que leur efficacité et leur efficience ont été démontrées en conditions expérimentales. Les deux exemples relatifs aux dépistages du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans et au cancer colorectal en témoignent.

Enfin, l'approche populationnelle de la prévention que retient la DGS la conduit à délaisser l'ensemble du champ de la prévention spontanée dont la responsabilité incombe aux professionnels de santé et à leurs patients.

III – L'insuffisance de pilotage de la politique et des acteurs de la prévention

De très nombreux acteurs contribuent au niveau national à la politique de prévention sans toutefois en donner une vision cohérente. Cette politique souffre d'abord du cloisonnement ministériel ; le pilotage

du directeur général de la santé ne s'impose qu'au sein des administrations sanitaires. Dans ce secteur cependant, la coordination des structures de conseil et d'expertise est insuffisante : leurs compétences sont morcelées, parfois redondantes et concurrentes. Les organismes d'assurance maladie obligatoire qui participent aux actions de l'Etat et les assurances complémentaires développent des actions qui leurs sont propres.

L'organisation institutionnelle régionale est actuellement en reconstruction avec la disparition des groupements régionaux de santé publics et la création des ARS.

A cette organisation déjà lourde s'ajoute l'intervention de multiples associations notamment dans le champ de l'observation en santé, de l'éducation en santé ou de la prise en charge des actions de dépistage et de vaccination. Une place à part doit être faite à la représentation des intérêts économiques qui peuvent parfois faire obstacle à l'adoption de programmes et mesures de prévention des risques pour la santé.

IV – Les limites de l'évaluation de la politique de prévention sanitaire

La politique de prévention sanitaire fait l'objet d'évaluations ex ante et ex post qui ont les unes et les autres leurs limites. Les évaluations ex ante souffrent du risque de conclusions contradictoires selon les organismes consultés et du fait que seule la HAS a commencé à développer une approche pluridisciplinaire.

Le suivi des indicateurs de la loi de 2004 a été assuré annuellement par la DREES. L'évaluation de l'atteinte des objectifs a été réalisée par le Haut conseil de la santé publique. Le document qu'il a élaboré s'il présente l'avantage de proposer de nouveaux objectifs en vue d'une prochaine loi de santé publique, n'est pas très différent du suivi de la DREES et s'avère assez peu conclusif sur le bilan à tirer de l'évolution desdits objectifs sur les cinq dernières années.

Recommandations

Recommandation n° 1 : Elaborer un document de politique transversale (DPT) sur la prévention sanitaire.

Recommandation n° 2 : Concernant un effort économique de l'ordre de 10 Md€ faire évaluer à intervalle régulier (2 ou 3 ans) par la DREES le montant des dépenses totales de prévention selon une méthodologie homogène et constante.

Recommandation n° 3 : Clarifier et compléter les règles d'imputation budgétaire afin d'apporter à la représentation nationale une information précise, permettant de connaître par action et sous action (y compris crédits déconcentrés) les montants dépensés en matière de prévention.

Recommandation n° 4 : Mettre en pratique les recommandations du guide méthodologique produit par la DGS, lors de l'élaboration des plans de santé publique.

Recommandation n° 5 : Produire systématiquement une estimation ex ante des coûts complets envisagés pour la collectivité (y compris les dépenses pour l'assurance maladie, que ce soit au titre du FNPEIS ou des dépenses de soins) lors de l'élaboration des plans de santé publique.

Recommandation n° 6 : Associer systématiquement une étude de nature médico-économique (en € par QALY gagné) aux recommandations de bonne pratique en matière de prévention.

Recommandation n° 7 : Afin de mettre en cohérence l'ensemble des plans concernant la prévention sanitaire, arbitrer les éventuels conflits d'intérêts et renforcer l'efficacité du pilotage de cette politique, donner au directeur général de la santé les compétences de délégué interministériel à la prévention sanitaire.

En vue d'une future loi de santé publique :

Recommandation n° 8 : Sélectionner quelques priorités de santé publique et les mettre en œuvre dans le cadre d'un nombre restreint de plans structurés disposant de moyens financiers propres.

Recommandation n° 9 : Dans les autres domaines, élaborer des référentiels visant à améliorer la qualité des pratiques préventives, indépendamment de l’attribution de moyens dédiés.

Recommandation n° 10 : Préciser si les indicateurs de santé publique figurant en annexe de la loi ont valeur d’engagement ou ne servent que de tableau de bord de suivi.

Introduction

La notion de prévention sanitaire est susceptible de recouvrir de multiples acceptions dès lors qu'elle peut être définie comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». L'imprécision de son champ a conduit de fait à adopter différentes classifications qui traduisent de considérables disparités d'approches.

L'OMS distingue ainsi trois types d'actions de prévention selon le moment où elles s'appliquent par rapport à l'évolution de la maladie :

- la *prévention primaire* qui a pour but d'éviter l'apparition de la maladie en agissant sur ses causes ; elle intervient avant que la maladie ne survienne.
- la *prévention secondaire* qui vise à détecter la maladie ou la lésion qui la précède à un stade où la prise en charge efficace des individus malades peut intervenir utilement ;
- la *prévention tertiaire* qui a pour objectif de diminuer les récurrences, les incapacités et a pour vocation de limiter les complications et séquelles d'une maladie.

La classification de Gordon¹, plus récente, privilégie pour sa part une approche populationnelle distinguant la *prévention universelle*, qui concerne les interventions destinées à la population générale ou tout du moins à des groupes qui n'ont pas été sélectionnés sur la base d'un risque défini ; la *prévention sélective*, qui concerne les interventions destinées à un sous-groupe d'individus ayant un risque significativement plus élevé que la moyenne de développer un trouble et la *prévention indiquée* qui concerne les interventions destinées à des individus qui ont des signes d'appel tout en restant en deçà des critères diagnostiques.

¹ Gordon RS, An operational classification of disease prevention, Public Health Report, Vol 98, 2 ; 107-9, 1983

Au-delà de ce qui relève directement de la politique et de l'action publique, est également à prendre en considération le champ large et beaucoup plus indéterminé de la prévention individuelle spontanée, qui s'exerce en particulier chaque jour dans les cabinets médicaux dans l'intimité du colloque singulier entre le médecin et son patient. A la prévention sanitaire proprement dite se rattache ainsi un certain nombre de concepts connexes, comme la promotion de la santé², l'éducation pour la santé³ ou l'éducation thérapeutique du patient⁴, qui font l'objet de nombreux débats et discussions entre experts.

Plus largement surtout, la prévention en santé dépasse l'aspect proprement sanitaire. De nombreux déterminants peuvent constituer des risques pour la santé, qu'ils soient de nature environnementale (pollution de l'air, de l'eau, notamment), liés aux conditions de vie (habitat, alimentation, exercice physique, notamment) ou aux conditions de travail (exposition à des produits chimiques, travail de nuit, port de charges lourdes...) et appellent des réponses qui par définition ne sauraient être seulement d'ordre médical.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé a toutefois cherché à définir, pour la première fois, la politique de prévention. Compte tenu de la difficulté à en cerner le périmètre, elle en avait retenu une conception extensive.

2 La charte d'Ottawa, adoptée le 21 novembre 1986 lors de la première conférence internationale pour la promotion de la santé, définit la promotion de la santé comme « un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé et d'améliorer celle-ci ».

3 « L'éducation pour la santé comprend toutes les activités visant intentionnellement l'accroissement des connaissances en matière de santé et le développement d'aptitudes influençant positivement la santé des individus et des groupes. (Groupe de travail INPES).

4 La loi HPST a introduit une définition législative de l'éducation thérapeutique du patient à l'article L. 1161-1 du code de la santé publique

Définition de la politique de prévention selon la loi du 4 mars 2002

« La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. À travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé.

La politique de prévention tend notamment à réduire les risques éventuels pour la santé liés aux multiples facteurs susceptibles de l'altérer, tels l'environnement, le travail, les transports, l'alimentation ou la consommation de produits et de services, y compris de santé ; à améliorer les conditions de vie et à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ; à entreprendre des actions de prophylaxie et d'identification des facteurs de risque ainsi que des programmes de vaccination et de dépistage des maladies ; à promouvoir le recours à des examens biomédicaux et des traitements à visée préventive ; à développer des actions d'information et d'éducation pour la santé et à développer également des actions d'éducation thérapeutique ».

La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a toutefois fait disparaître cette définition en modifiant l'objet de l'article du code de la santé publique où elle figurait. La prévention est désormais resituée dans le champ plus large de la santé publique (article L. 1411-1 du CSP) qui s'étend à toutes les dimensions de l'amélioration de l'état sanitaire de la population, qu'elles soient préventives ou curatives, de façon à mettre un terme à l'opposition entre « soins » et « prévention », d'une part, et à développer l'approche populationnelle de la santé, d'autre part.

Eu égard à l'ampleur des approches possibles du sujet, la Cour a fait le choix de centrer son enquête sur la gouvernance et les processus de gestion des actions de prévention proprement sanitaire, c'est-à-dire dépendant du ministère de la santé dans la définition de leurs objectifs et reposant essentiellement sur le système de soins dans leur mise en œuvre, au regard des critères de l'efficacité et de l'optimisation de l'allocation des moyens tant de l'Etat que de l'assurance maladie. Ont été notamment exclues du périmètre des travaux les problématiques spécifiques de la protection maternelle et infantile, de la santé au travail, de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que les questions d'ordre environnemental.

La présente communication cherche ainsi en premier lieu à apprécier le coût et le suivi financier des actions de prévention sanitaire (I), puis analyse les modalités de détermination des objectifs et des priorités de cette politique publique (II) avant d'examiner son pilotage et l'articulation de ses acteurs (III) et le dispositif d'évaluation de ses résultats (IV).

Chapitre I

Une dépense mal connue

L'effort financier global consacré à la prévention est difficile à mesurer. Cette méconnaissance trouve notamment sa source dans les incertitudes sur le périmètre des actions de prévention. L'insuffisante identification des circuits de financement y contribue également.

Qu'ils soient approchés à travers les dépenses engagées par l'Etat et l'assurance maladie (I), ou les agrégats de la comptabilité nationale (II), les moyens consacrés à prévention ne peuvent faire l'objet d'une estimation précise. D'une manière générale, ils apparaissent sous évalués (III).

I - Les financements directement affectés à la prévention

Aucun acteur ne dispose en totalité d'une connaissance transversale et exhaustive des financements affectés aux politiques de prévention sanitaire. Celles-ci sont principalement cofinancées par l'Etat et ses opérateurs, par l'assurance maladie, et enfin par les collectivités locales.

A - Les crédits budgétaires

1 - Les crédits du programme 204 « Prévention et sécurité sanitaire »

Le programme 204 « Prévention et sécurité sanitaire » résulte de la fusion en 2009 des programmes « santé publique et prévention » et « veille et sécurité sanitaires » et de l'intégration en 2011 du programme « offre de soins ».

Les crédits du programme 204 comprennent l'ensemble des crédits de prévention gérés par :

- l'administration centrale du ministère de la santé : la direction générale de la santé (DGS) essentiellement, mais également la direction des affaires financières, juridiques et des services pour les crédits relatifs aux actions contentieuses ;
- les crédits délégués aux directions régionales des affaires sanitaires et sociales jusqu'au 1^{er} avril 2010 puis aux agences régionales de santé (ARS) ;
- les subventions pour charges de service public aux opérateurs que sont l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'institut national de veille sanitaire (INVS), l'institut national du cancer (INCa), l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), l'agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), l'agence de la biomédecine (ABM) et l'école des hautes études en santé publique (EHESP), pour la partie des financements incombant au ministère de la santé.

La prévention et la sécurité sanitaire étant souvent imbriquées, la DGS estime qu'il est impossible d'isoler les crédits de prévention au sein du programme 204. Pour 489 M€ de crédits de paiements ouverts en LFI 2010, les dépenses brutes se sont élevées à 389 M€

2 - L'articulation entre les sous-actions du programme 204

La ventilation des crédits en sous-actions comme les conditions dans lesquelles ces crédits sont délégués aux structures territoriales

rendent particulièrement complexe une analyse plus fine des dépenses de prévention.

En 2009 et jusqu'au 31 mars 2010, la DGS déléguait ses crédits aux DRASS au terme d'un dialogue de gestion avec elles et selon des indicateurs qu'elle avait définis. Les DRASS versaient ensuite leurs subventions aux groupements régionaux de santé publique (GRSP), également destinataires de dotations de l'assurance maladie.

Le suivi par sous-actions de l'exécution des dépenses des services déconcentrés était plus que délicat à opérer. Certaines DRASS avaient fait le choix d'imputer la totalité de la subvention destinée aux GRSP exclusivement sur l'action 11 « Pilotage de la politique de santé », plutôt que de la ventiler sur l'ensemble des actions thématiques du programme. La DGS a donc dû procéder à des retraitements. Par ailleurs, les crédits utilisés par les GRSP pour le financement d'actions éligibles aux plans régionaux de santé publique (PRSP) faisaient l'objet d'une délégation globale par la DGS, sans qu'un compte rendu précis par sous-action thématique soit instauré. Dans son rapport d'avril 2010 sur l'évaluation du plan national nutrition santé 2006-2010 dit PNNS 2, l'IGAS relève ainsi que, selon la DGS, des actions de santé publique financées au titre d'autres actions thématiques que l'action 15 « Prévention des risques liés à l'environnement, au travail et à l'alimentation » du programme 204 peuvent concerner pour partie les domaines de la nutrition et des activités physiques.

En 2011 une nouvelle action « politique régionale de santé » regroupe l'ensemble des crédits d'intervention territoriaux destinés aux ARS et jusqu'alors délégués pour leur plus grande part aux GRSP. Cette globalisation des crédits de santé publique au sein du budget des ARS n'améliorera pas la connaissance de leur emploi en l'absence de mise en place d'outils de suivi spécifiques, d'autant que les sous-actions du programme 204, qui sont pour certaines des pathologies, pour d'autres des déterminants de santé se recoupent. Par exemple, la lutte contre le tabac contribue à prévenir le cancer ou les maladies cardio-vasculaires. Dans la logique de performance de la LOLF, il conviendrait d'établir clairement des règles d'imputation budgétaire et comptable permettant de définir précisément le contenu des sous-actions et le lien entre un déterminant de santé et un risque de pathologie.

3 - Les carences méthodologiques des indicateurs des projets annuels de performance (PAP)

Outre qu'ils sont instables dans le temps, la plupart des indicateurs de performance des PAP ne permettent pas de rendre compte de l'utilisation des crédits de l'Etat.

- L'indicateur associé à l'objectif de coût unitaire du dépistage organisé du cancer du sein repose sur une méthodologie inadaptée pour son évaluation. D'une part, il mobilise des crédits d'assurance maladie et non pas exclusivement des crédits étatiques ; d'autre part, parmi les crédits d'assurance maladie, il ne prend pas en compte la majorité des coûts des mammographies qui sont inclus dans les prestations de soins. Ainsi, cet indicateur fait référence à un coût unitaire du dépistage de 17,50 € en 2005, de 23,75 € en 2006 et de moins de 40 € en 2007 alors qu'une étude spécifique de l'institut national du cancer (INCA) datant de 2007 évaluait le coût unitaire du dépistage à 133,75 €
- L'objectif « Développer les bonnes pratiques alimentaires et la pratique d'une activité physique » n'a pour tout indicateur de performance en 2009 que le nombre de villes actives adhérentes à la charte du programme national nutrition santé. Il s'agit d'un indicateur de moyens, plus que d'un indicateur de performance.
- L'objectif de prévalence de l'obésité et du surpoids chez l'enfant qui apparaît pour l'année 2010, n'a pas de valeur cible car l'indicateur s'appuie sur des données issues d'un cycle triennal d'enquêtes.
- 5 indicateurs sur 21 portent sur le taux de reconnaissance des campagnes de prévention, ce qui permet l'évaluation de la performance de campagnes de communication plutôt que la mesure de l'efficacité d'une politique de santé publique.

Le programme 204 « Prévention et sécurité sanitaire » de la mission « santé » du budget de l'Etat ne regroupe cependant pas l'ensemble des crédits budgétaires affectés à la prévention sanitaire. D'autres programmes y contribuent, comme le programme 230 « Vie de l'élève » qui porte les moyens de la médecine scolaire à hauteur de 440 M € en 2011. Dans un récent rapport d'évaluation demandé par le comité d'évaluation et de contrôle de l'Assemblée nationale sur ce sujet,

la Cour a ainsi relevé l'importance de l'implication des services de médecine scolaire dans les actions de prévention auprès des enfants et adolescents.

Le programme 206, « sécurité et qualité sanitaire de l'alimentation » qui finance des actions en faveur de la qualité de l'alimentation et le programme 181 « prévention des risques » qui porte le programme national santé environnement (PNSE) contribuent également à cette politique.

Il n'existe toutefois pas de document de politique transversale (DPT) sur la prévention sanitaire alors même que la dimension transversale de celle-ci justifierait d'une vision consolidée de l'effort budgétaire de l'Etat.

B - Le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) de l'assurance maladie

Le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) est un fonds sans personnalité morale créé au sein de la CNAMTS en 1989⁵ afin de « *financer toute action de prévention, d'éducation et d'information sanitaires propre à améliorer l'état de santé général de la population* ». La loi dispose également qu'il « peut apporter son concours à la mise en œuvre d'actions expérimentales » dans ces domaines et conduites par des associations ou organismes privés ou non.

La création de ce fonds traduisait le souci d'identifier l'effort de l'assurance maladie dans ce domaine et venait lui reconnaître juridiquement, au-delà de sa fonction traditionnelle de payeur, le rôle d'acteur de santé publique selon une logique qui, au-delà de la symbolique, reflétait également une préoccupation financière de « débudgétisation » de certaines actions à la charge de l'Etat.

Les dépenses du FNPEIS ne rendent cependant pas compte de l'effort financier de l'assurance maladie en faveur de la prévention. Le fonds peut en effet comptabiliser l'intégralité des dépenses consacrées à une action de prévention ou une partie seulement de celle-ci, voire même l'ignorer complètement. Le FNPEIS finance et retrace des dépenses qui ne correspondent pas à des actes répertoriés dans une nomenclature : charges relatives à l'achat et à la lecture des tests Hemocult®, tests de diagnostic rapide des angines, subventions aux structures de gestion pour

⁵ Loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale (article 1er). Décret n° 89-321 du 18 mai 1989.

le dépistage du cancer du sein (financées à 50 % par l'assurance maladie et à 50 % par l'Etat) etc.

Mais certaines actions peuvent être retracées à la fois dans le FNPEIS et dans le fonds national d'assurance maladie. Il s'agit par exemple du remboursement de certains vaccins (grippe, ROR) ou l'examen bucco-dentaire destiné aux enfants ainsi que des actes consécutifs à cet examen. Le remboursement du ticket modérateur se trouve dans le FNPEIS et celui de la part de base dans le fonds national d'assurance maladie. Cette ventilation est peu opérationnelle et incite à des erreurs d'interprétation des comptes du FNPEIS.

Enfin, d'autres dépenses de prévention organisée sont uniquement prises en charge au titre du risque maladie et comptabilisées dans le seul fonds national d'assurance maladie tels les actes médicaux relatifs au dépistage organisé du cancer du sein (mammographies, biopsies) et du cancer colorectal. Il en est de même de l'ensemble des actes de prévention individuelle réalisés par les médecins à l'occasion d'une consultation et remboursés comme des soins.

Aussi, alors que le FNPEIS est souvent considéré comme l'instrument budgétaire et comptable regroupant les principales dépenses de prévention de l'assurance maladie, il ne finance qu'une part très limitée des dépenses de prévention de l'assurance maladie. L'essentiel de ses dépenses de prévention n'est en effet pas individualisé et est remboursé au titre du risque maladie.

Pour autant, entre 2000 et 2010, les seules dépenses du FNPEIS ont plus que doublé, passant de 200 à 452 M€, soit un montant significativement supérieur à celui des crédits budgétaires imputés au programme 204 (389 M€).

Tableau n° 1 : Exécution du FNPEIS (en M€)

libellé des programmes	2009	2010
ACTIONS NATIONALES	195,3	191,8
Vaccinations	43,7	38,3
- Vaccination anti grippale (yc campagne de communication)	15,2	12,5
- Vaccination ROR (yc campagne de communication)	6,8	6,7
- Vaccination méningite et autres risques	21,7	19,1
Prévention bucco-dentaire	51,5	47,2
Bon usage du médicament :	4,9	9,4
- Antibiotiques / test de diagnostic rapide	4,9	9,4
- Autres actions de prévention	0	0
Actions de prévention et d'accompagnement		7,3
Entretien de prévention 12/13 ans -16/25 ans.	0	0
Consultation des seniors de 70 ans et plus	0	0
Contraception d'urgence	2,6	2,6
Substituts nicotiniques	15,7	16,8
Subventions	76,9	70,2
- CFES	0	0
- INPES	66,2	58,4
- A.F.D.P.H.E. & dépistages des maladies génétiques	8,9	9,8
- Autres	1,8	2,0
ACTIONS LOCALES	128,9	106,4
Dépistage des cancers	76,0	63,4
Dépistage hépatite C	-	-
Actions territorialisées	52,8	42,9
- dont actions territorialisées dans le cadre des PRSP	52,8	42,9
dont dotations aux caisses / actions de prévention	15,4	5,8
dont GRSP ou ARS (depuis 2010)	37,4	37,2
- dont dépistage du saturnisme	0	0
AUTRES	153,1	154,1
Centres d'examens de santé	148,3	149,3
Cetaf	4,7	4,8
TOTAL DEPENSES BUDGETAIRES	477,3	452,2

Source : CNAMTS

Les principales dépenses de prévention financées par le FNPEIS sont constituées des dépenses relatives aux centres d'examen (154 M€), soit un tiers du total. La Cour dans le RALFSS 2009 avait relevé l'utilité contestable de ces centres : les examens périodiques de santé, qui représentent 90 % de la dotation des centres, ont un bénéfice médical non démontré, sont insuffisamment ciblés sur les populations précaires et d'un coût unitaire croissant. La convention d'objectifs et de gestion (COG) 2010-2013 a prévu de réorienter l'activité de ces centres sur les populations éloignées du système de soins, qui représenteraient désormais selon la CNAMTS 49 % des bénéficiaires, et a modifié le système d'allocation budgétaire pour mieux tenir compte des coûts réels.

Le FNPEIS finance par ailleurs, à hauteur de 63 M€, le dépistage du cancer, pour 47 M€ l'examen bucco-dentaire, et les vaccinations pour un montant de 38 M€. Elle apporte également une subvention à l'INPES (58 M€) et finance les actions de prévention désormais mises en œuvre par les ARS (37 M€). La prise en charge des substituts nicotiniques représente quant à elle 17 M€ de dépenses.

II - L'approche des comptes nationaux de la santé

A - Une comptabilisation par défaut

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé établit chaque année les comptes nationaux de la santé, qui évaluent la dépense courante de santé (DCS) et au sein de cet agrégat les dépenses de prévention. Toutefois ces dernières sont partielles : elles ne recouvrent que les dépenses de prévention « organisées » et non celles qui sont comptabilisées dans les dépenses de soins. En effet, celles-ci sont récapitulées au titre de la consommation des soins et biens médicaux (CSBM). Le périmètre retenu est pour autant plus large que la prévention proprement sanitaire en incluant également certaines dimensions des actions environnementales conduit à une dépense de l'ordre de 5,5 Md€.

6 Le document « Etudes et résultats n° 736 » publié par la DREES en septembre 2010 indique que les dépenses de prévention ont progressé de 12,9 % en 2009 en raison du surcoût lié à la grippe H1N1.

Tableau n° 2 : Dépenses de prévention dans les comptes nationaux de la santé 2008

En M€	2008
Ensemble	5 506
PREVENTION INDIVIDUELLE PRIMAIRE	2 528
Vaccins	109
PMI - Planning familial	677
Médecine du travail	1 455
Médecine scolaire	287
PREVENTION INDIVIDUELLE SECONDAIRE	634
Dépistage des tumeurs	201
Dépistage IST, tuberculose	100
Dépistage SIDA, Hépatites	92
Dépistage autres pathologies	17
Examens de santé	177
Bilans bucco-dentaires	47
PREVENTION COLLECTIVE	2 344
<i>A visée comportementale</i>	468
Campagne en faveur des vaccinations	25,9
Lutte contre l'addiction	90,1
Information, promotion, éducation à la santé	352,2
<i>A visée environnementale</i>	1 875
Hygiène du milieu	534
Prévention des risques professionnels	416
Prévention et lutte contre la pollution	166
Recherches en prévention sanitaire	5
Observation veille alerte	118
Urgences et crises	66
Sécurité sanitaire de l'alimentation	546
Production et mise en œuvre de dispositifs	24

Source : DREES. Comptes nationaux de la santé 2008.

Cet agrégat est construit par exclusion d'autres dépenses, pour éviter les doubles comptes. Il ne traduit pas la réalité de l'effort économique consacré à la prévention sanitaire et ne retranscrit pas non plus l'ensemble des coûts de la prévention organisée.

B - Un agrégat à interpréter avec prudence

L'agrégat des dépenses de prévention dans les comptes nationaux de la santé définitifs est construit à partir de quatre sources :

- les données chiffrées relatives aux crédits budgétaires du programme 204, présentées dans le rapport annuel de performance (RAP) de la mission santé annexé au projet de loi de règlement ;
- une estimation approximative des dépenses des collectivités locales, par application d'une clé de répartition ancienne, estimée en 2004, au montant des « dépenses médico-sociales » des départements et communes présenté sur le site de la direction générale des finances publiques (DGFIP). Depuis septembre 2010 toutefois, cette évaluation s'est améliorée car la direction générale des collectivités locales (DGCL) a pu fournir à la DREES une ventilation des dépenses des départements en matière de prévention à un niveau plus détaillé. Désormais la DREES utilisera donc la clé de répartition datant de 2004 seulement pour les dépenses communales ;
- les dépenses de prévention de l'assurance maladie isolées dans le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS), qui permet à la DREES d'éviter les doubles comptes mais qui est plus un outil comptable pour la CNAMTS qu'il ne correspond pas à un périmètre d'action en prévention ;
- des informations obtenues de sources diverses, parfois sans document budgétaire ou comptable à l'appui.

Il en résulte un agrégat aux contours protéiformes, qui ne mesure pas avec précision les dépenses de prévention et ne permet en aucun cas de suivre leur évolution globale. Le souci légitime de la DREES de produire des comptes nationaux de la santé sans doubles comptes ne lui permet pas pour certaines rubriques de l'agrégat prévention de rendre compte du coût des actions entreprises.

A titre d'illustration, sont présentés ci-dessous les modes d'estimation des dépenses relatives aux vaccins et aux dépistages des tumeurs pour 2008.

1 - Les dépenses de vaccins

Tableau n° 3 : Décomposition du poste comptable relatif aux vaccins dans les comptes nationaux de la santé 2008

en M€	Départements	FNPEIS RG	FNPEIS MSA	Total
Montants	85,4	21,2	2	108,6

Source : DREES

Alors que la consommation de vaccins en 2008 s'élève à 781 M€ selon l'AFSSAPS, les comptes nationaux de la santé n'isolent dans les dépenses de prévention que 109 M€ correspondant aux achats de vaccins des départements.

Les dépenses de vaccins au titre du FNPEIS-RG et du FNPEIS-MSA sont issues de tableaux de suivi budgétaire de la CNAMTS et la CCMSA et ne couvrent qu'un périmètre résiduel, constitué du remboursement des seuls tickets modérateurs de vaccins ROR et des vaccins contre la grippe. De plus, se trouve aussi dans ce poste des données qui ne relèvent pas de la vaccination comme les tests de « diagnostic angine ».

2 - Les dépenses de dépistage des tumeurs

Tableau n° 4 : Décomposition du poste comptable relatif au dépistage des tumeurs dans les comptes nationaux de la santé 2008

en M€2008	Etat programme 204	Départements	FNPEIS RG	FNPEIS MSA	FNPEIS RSI	Total
Montants	76,4	28,5	59,8	4,1	3,2	172 ⁷

Source : DREES

⁷ La décomposition du poste comptable relatif aux dépistages des tumeurs (cancers) transmise par la DREES en juin 2010 à la demande de la Cour présente un total de 172 M€, qui diffère du solde définitif qui figure dans les comptes nationaux de la santé de 2008 (201 M€).

Les dépenses de l'Etat comptabilisées comme dépenses de dépistage des tumeurs sont celles du programme 204 (76,4 M€). Si elles concernent bien le cancer, elles ne se rapportent pas seulement ou pas principalement au dépistage.

Elles sont l'addition de trois données issues du rapport annuel de performance (RAP) de 2008 : la subvention pour charges de service public à l'INCa (40 M€), les subventions accordées aux associations têtes de réseau notamment pour les actions de lutte contre le tabac et l'alcool dans le cadre du plan cancer (2,4 M€) et les dépenses réalisées par les services déconcentrés pour la lutte contre le cancer (34 M€). La subvention pour charges de service public à l'INCa ne vise pas spécifiquement le financement des dépistages de tumeurs, les subventions accordées pour les actions de lutte contre le tabac et l'alcool encore moins, les dépenses des services déconcentrés de l'Etat (DRASS et GRSP, puis ARS) non plus.

Les dépenses des départements (28,5 M€) relèvent de la méthode approximative déjà évoquée et en voie d'amélioration.

Les dépenses du FNPEIS recouvrent les coûts de l'organisation des dépistages organisés (fonctionnement des structures de gestion des dépistages, rémunération des professionnels de santé pour la remise des tests du cancer colorectal à l'assurance maladie, rémunération de la seconde lecture des mammographies).

Au final, le périmètre des dépenses recensées par la DREES au titre du dépistage des tumeurs est peu rigoureux et partiel, les coûts liés aux dépistages étant plutôt de l'ordre de 500 M€. Le ministère n'a pas produit une estimation du coût complet de ces dépistages qui entrent pourtant dans le cadre de la prévention organisée ; il a en particulier négligé de prendre en compte les dépenses d'imagerie et de biologie qui y sont liées.

Trop d'incertitudes entachent ainsi le montant final de l'agrégat et de ses sous-rubriques pour qu'il puisse constituer une référence ou un indicateur de pilotage. Il n'a pas de signification au-delà des conventions qui ont servi à son élaboration.

Les choix méthodologiques faits ont notamment pour conséquence de majorer la contribution de l'Etat et celle des collectivités territoriales et de minorer celle de l'assurance maladie. Les comptes nationaux de la santé de 2008 indiquent que « *L'Etat et les collectivités locales financent 58 % (des) dépenses (de prévention), la Sécurité sociale 17 % et le secteur privé 25 % (médecine du travail et prévention des accidents du*

travail) »⁸. En fait, les dépenses de prévention sanitaire sont principalement financées par l'assurance maladie, et figurent dans la consommation de biens et de soins médicaux. Elles sont toutefois non isolables en l'absence d'enquête spécifique.

III - Les dépenses de prévention intégrées dans les dépenses du risque maladie

Dans les comptes nationaux de santé, le ministère de la santé dissocie ce qu'il qualifie de « prévention individuelle » de la prévention collective. Toutefois, ces deux agrégats ignorent la part des soins consacrés à la prévention. La DREES a en conséquence demandé en 2005 à l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) de développer une méthode de production des comptes de la santé par pathologies, puis une méthode d'estimation des dépenses de prévention comprises dans les dépenses de soins. Cette méthode qui consiste à repérer, notamment à partir d'enquêtes, les dépenses de prévention incluses dans les dépenses de soins, a été appliquée aux comptes de la santé de 2002⁹.

D'après les estimations de l'IRDES, les dépenses de prévention dans la CSBM, c'est-à-dire lors de soins hospitaliers de court séjour, de consultations de médecins, de sages-femmes, d'auxiliaires médicaux, de dentistes et à travers la consommation de médicaments se seraient élevées à près de 5,7 Md€ en 2002. Au regard des chiffres de la prévention tels qu'ils figurent dans les comptes nationaux de la santé, la moitié des dépenses est donc comprise dans la consommation de soins et de biens médicaux.

8 DREES. Comptes nationaux de la santé 2008. Page 104

9 IRDES, Questions d'économie de la santé. N°111. Juillet 2006. DREES, Etudes et résultats. N° 504. Juillet 2006. IRDES. Les dépenses de prévention en France. Estimation à partir des comptes nationaux de la santé en 2002.

**Tableau n° 5 : Estimation par des dépenses de prévention
totales à partir des comptes nationaux de la santé de l'année
2002¹⁰**

Montants (M€)	1- Prévention individuelle isolée dans les CNS	2- Prévention collective isolée dans les CNS	3- Dépenses de prévention estimées dans la CSBM	TOTAL
A- Eviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable	2 233	2 121	1 096	5 450
B- Dépister les maladies	0	390	2 089	2 479
C- Prendre les facteurs de risque et les formes précoces de maladies	0	0	2 567	2 567
Total des dépenses de prévention (millions d'euros)	2 233	2 511	5 751	10 495

Source : DREES-IRDES. Estimation des dépenses de prévention et des dépenses par pathologie d'après les comptes nationaux de la santé. Juillet 2006. CNS : comptes nationaux de la santé. CSBM : consommation de soins et de biens médicaux.

L'IRDES concluait que les dépenses de prévention représentaient pour la collectivité un coût de 10,5 Md€ soit 6,4 % de la dépense courante de santé et plus de 0,6 % du PIB. Ces résultats conduisent à tempérer le discours traditionnel sur la faible part des dépenses de santé consacrées à la prévention en France. Mais les chiffres n'ont pas été remis à jour depuis cette étude datant déjà de six ans et portant sur des données vieilles de près de dix ans.

¹⁰ L'étude de 2005 a mobilisé 2,5 homme /année. La DREES n'a pas fait de mise à jour en l'absence de saisine.

Tantôt évalué à moins de 1 Md€ par an, au travers du programme 204 correspondant aux crédits du ministère de la santé et du FNPEIS géré par la CNAMTS, tantôt considéré comme s'élevant à 5,5 Md€ dans les comptes nationaux de santé, tantôt estimé à 10,5 Md€ en fonction des résultats de l'étude de l'IRDES, l'effort financier consacré en France à la prévention sanitaire varie ainsi dans un rapport de un à dix selon les approches plus ou moins extensives, sans qu'aucune certitude ne puisse être apportée sur la fiabilité de ces données faute d'une vision transversale et univoque de son périmètre et d'une méthodologie solide.

Recommandation n° 1 : Elaborer un document de politique transversale (DPT) sur la prévention sanitaire.

Recommandation n° 2 : Concernant un effort économique de l'ordre au minimum de 10 Md€, faire évaluer à intervalle régulier (2 ou 3 ans) par la DREES le montant des dépenses totales de prévention selon une méthodologie homogène et constante.

Recommandation n° 3 : Clarifier et compléter les règles d'imputation budgétaire afin d'apporter à la représentation nationale une information précise, permettant de connaître par action et sous action (y compris crédits déconcentrés) les montants dépensés en matière de prévention.

Chapitre II

Une définition perfectible des objectifs et des priorités

La loi de santé publique du 9 août 2004 a intégré pour la première fois la prévention sanitaire dans une approche globale et ambitieuse de la santé publique intégrant les dimensions préventive, curative et d'accompagnement. Elle a ainsi donné un cadre à la politique de prévention en définissant notamment cent objectifs de santé publique (I), sans mettre fin pour autant à une accumulation de plans de santé publique (II) et sans garantir la meilleure allocation des moyens (III). En outre, l'approche retenue exclut de son champ la prévention spontanée (IV).

I - Cent objectifs de santé publique

Le rapport annexé à la loi de 2004 liste cent objectifs pluriannuels de santé publique. Ceux-ci ont été définis à partir des rapports du Haut comité de la santé publique et des travaux du groupe technique national pour la définition des objectifs (GNTDO¹¹), créé à cet effet. Certains d'entre eux visent directement des actions spécifiques de prévention comme le niveau de couverture vaccinale contre la grippe (O39) ou contre les maladies infantiles (O42), l'atteinte d'un taux de participation aux campagnes de dépistage du cancer (O50), ou la réduction de la

¹¹ Ce groupe, présidé par le Professeur Lucien Abenham, alors DGS, a remis en mars 2003 un rapport relatif à l'analyse des connaissances disponibles sur des problèmes de santé sélectionnés, leurs déterminants et les stratégies de santé publique.

cholestérolémie moyenne (O70) ; d'autres, portent plus largement sur l'incidence de maladies de nature à justifier le développement d'actions multifactorielles comme la stabilisation de l'incidence de la tuberculose. Tous ne concernent pas spécifiquement la politique de prévention, tels par exemple, la maîtrise de la résistance aux antibiotiques (O30) ou la réduction des obstacles financiers à l'accès aux soins (O33).

Les objectifs ont été définis de manière à constituer un tableau de bord consensuel et régulièrement suivi sur l'état de santé de la population, atteignables en l'état des connaissances et techniques. Ils sont toutefois modulés en fonction des derniers résultats connus. Si, en 2000, la France était à un niveau la faisant figurer à un rang mauvais par rapport à ses voisins européens pour un déterminant, l'objectif a été que la France se situe dans la moyenne en 2008. Si, en 2000, la France se situait parmi les meilleures performances en Europe, l'objectif visait à conserver au moins ce niveau en 2008.

A - Des objectifs à forts enjeux interministériels

Du fait de l'extrême variété des causes de mortalité prématurée et des déterminants de santé, tous les objectifs ne relèvent pas du périmètre de compétence du ministère de la santé. Ainsi, l'objectif n° O14 vise à réduire le nombre d'accidents routiers mortels au travail, l'objectif O24 propose de réduire les niveaux de bruits entraînant des nuisances sonores et un autre (O23) cherche à diminuer la mortalité par intoxication par le monoxyde de carbone.

Le rapport annexé à la loi précise que ces objectifs valent pour tous les acteurs du système de santé et que les différentes politiques publiques devront y faire référence si elles ont des impacts sanitaires prévisibles.

B - Des indicateurs de suivi quantifiés

A ces objectifs pluriannuels correspondent des indicateurs spécifiques permettant de mesurer et suivre les résultats obtenus et de contribuer ainsi à l'évaluation de la performance du système de santé.

Les valeurs-cibles sont exprimées de préférence en termes d'évolution de l'état de santé de la population ou d'évolution de la fréquence d'un déterminant immédiat de cet état de santé. Par exemple, pour l'objectif n° O3, l'indicateur relatif à la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) devait passer de 33 % à 25 % chez les hommes et de 26 % à 20 % chez les femmes en 2008.

Dans la moitié des cas, les indicateurs existaient et étaient déjà suivis régulièrement, comme par exemple la consommation moyenne annuelle d'alcool par habitant que l'objectif O1 vise à faire baisser de 20 % ou l'incidence des cas de SIDA, à laquelle se réfère l'objectif n° O36.

Mais le groupe de travail a également défini un grand nombre d'indicateurs dont il a jugé souhaitable de disposer pour piloter une politique de santé publique. Pour ces indicateurs, des systèmes d'information ou des modalités d'enquête ont été spécifiquement créés afin d'en assurer le suivi. Le chiffrage annuel de ces indicateurs a commencé en 2006. Seuls 59 objectifs étaient alors renseignés, puis 64 en 2007 et 72 en 2008.

Dix objectifs n'ont pas d'indicateurs associés. Leur formulation trop imprécise ne permet pas d'y associer une mesure. C'est le cas par exemple de l'objectif n° O90 qui a pour but d'assurer l'équité dans l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge des maladies rares. Il n'a pas été possible en définitive de définir des critères opérationnels mesurables pour la notion d'« équité d'accès ».

C - Une absence de hiérarchisation

Un nombre très important d'objectifs a été retenu, contrairement à la position prise dans d'autres pays. Leur absence de hiérarchisation s'explique par le statut volontairement ambigu, voire contradictoire que leur reconnaît la loi.

1 - Une sélectivité très limitée

Les problèmes de santé retenus ont été sélectionnés à partir de deux sources complémentaires : les travaux du Haut comité de la santé publique et les publications de l'OMS en utilisant l'indicateur synthétique de morbi-mortalité ou « DALY »¹².

¹² disability adjusted life years

Le calcul et l'intérêt des DALYs

L'OMS établit pour chaque problème de santé un indicateur synthétique de morbi-mortalité. Cet indicateur est le nombre d'années de vie corrigées de l'incapacité (DALY en anglais). Cet indicateur correspond à un nombre d'années de vie « en bonne santé » perdues pour chaque problème de santé.

Il est calculé par l'addition des années de vie perdues en raison d'un décès prématuré et d'une estimation de l'équivalent d'un nombre d'années de vie perdues en raison de la diminution de la qualité de vie résultant de la présence d'une maladie.

Le calcul des DALYs repose sur les risques de mortalité prématurée par cause et sur la prévalence des maladies. Des pondérations, attribuées par des experts, visent ensuite à « dévaluer » les années de vie en fonction de la fréquence des maladies et du risque d'incapacité qui leur est associé.

L'intérêt d'un tel indicateur agrégé réside dans la possibilité de comparer aisément, à partir d'une seule valeur chiffrée, l'impact sur la population des différentes pathologies entre elles et au niveau international. La limite d'un tel indicateur est notamment liée au fait que les méthodes pour le calculer reposent sur une multitude de modélisations, hypothèses et estimations, à partir de données qui sont loin d'être disponibles en routine. Mais ces imperfections méthodologiques n'en invalident pas l'usage.

Les comparaisons internationales par les DALYs permettent de souligner les points forts et faibles de l'état de santé de la population nationale.

**Tableau n° 6 : Comparaison internationale : DALYs perdus
par cause pour 100 000 habitants**

	France	Allemagne	Italie	Espagne	GB	USA	Japon
Toutes causes	12 262	12 536	11 245	11 352	12 871	13 937	10 170
Maladies	11 095	11 800	10 479	10 492	12 163	12 524	9 210
Maladies neuro- psychiatriques	3 439	3 088	2 546	2 760	3 432	3 945	2 102
Dont dépression	1 190	927	750	625	931	1 414	505
Cancers	2 234	2 114	2 056	1 890	2 007	1 713	1 883
Maladies cardiovasculaires	1 415	2 392	1 941	1 556	2 083	1 972	1 548
Maladies respiratoires	539	684	518	816	1 064	933	558
Maladies de l'app.digestif	532	655	411	527	655	469	417
Maladies de l'app musculosquelettique	518	553	559	529	528	524	583
Maternité et périnatalité	190	134	143	151	229	344	82
Blessures	1 167	736	766	860	708	1 413	960
Accidents de la route	284	195	297	302	180	422	158
chutes	169	117	151	110	105	119	107
suicides	343	233	118	147	168	241	437

Source OMS, données 2004

Au regard de ces critères, la France apparaît plus touchée que des pays comparables par les cancers, la dépression et les suicides. Au contraire, les maladies cardio-vasculaires semblent avoir dans notre pays un impact en termes de morbi-mortalité plus faible qu'ailleurs.

Le groupe de travail a retenu tous les problèmes de santé dont le retentissement représentait au moins 1 % du total des DALYs calculées par l'OMS. Ce seuil l'a conduit à retenir un nombre d'objectifs très élevé autour de 25 thèmes, en particulier ceux dont la présence ou l'influence peuvent être modifiées par des interventions de santé publique tels alcool, tabac, nutrition, santé au travail, santé et environnement, iatrogénie, maladies infectieuses, tumeurs malignes, maladies cardio-vasculaires, santé maternelle et périnatale, troubles musculo-squelettiques...

D'autres pays n'ont pas fait le même choix que la France et s'inscrivent dans une logique de priorisation des objectifs de la politique de santé publique très explicite.

Le programme britannique constitue ainsi en quelque sorte le contre-exemple de la situation française. Il poursuit deux buts : d'une part accroître la durée de vie et le nombre d'années sans incapacité, d'autre part réduire les inégalités de santé. Il est ancré dans trois lieux d'actions qui correspondent à trois tranches d'âge de la population : les écoles, les entreprises et les quartiers. Ce programme repose seulement sur quatre priorités et quatre objectifs à 10 ans :

- cancers : réduire de 20 % la mortalité des moins de 75 ans et 100 000 vies sauvées ;
- maladies cardio-vasculaires : diminuer de 40 % la mortalité des moins de 75 ans et 200 000 vies sauvées ;
- accidents : moins 20 % de décès et 12 000 vies sauvées ;
- santé mentale : moins 20 % de décès par suicide et 4000 vies sauvées.

Ces thématiques ont été déterminées en sélectionnant les problèmes responsables du plus grand nombre de DALYs perdus en Grande-Bretagne. Ce programme présente l'avantage de la continuité (objectifs définis pour 10 ans), de la simplicité et de la clarté¹³.

Aux Etats Unis, si 467 objectifs ont été définis en 2000, regroupés en 28 domaines, avec deux finalités majeures : améliorer la qualité de la vie et éliminer les inégalités de santé, seuls 10 indicateurs clés ont été retenus comme cibles prioritaires pour les politiques publiques.

2 - Une absence de moyens associés

Les objectifs inscrits dans la loi de 2004 ont été définis sans contraintes de moyens, avec pour seule préoccupation une vision ambitieuse de l'action de santé publique. Comme indiqué supra, ils ont été fixés afin que, sur l'ensemble des sujets influençant le niveau de santé de la population, la France se place au meilleur niveau en Europe occidentale, ou à défaut dans la moyenne de ses voisins.

¹³ Une réflexion est en cours pour l'actualiser: Healthy Lives, Healthy People: Our strategy for public health in England- Novembre 2010

Le premier paragraphe de l'annexe à la loi invite à considérer cet ensemble comme un outil de pilotage¹⁴. Le suivi, autant que faire se peut des indicateurs à intervalle de temps régulier, doit permettre de disposer d'un diagnostic concernant les points à améliorer, notamment, mais pas uniquement dans notre système de santé. Mais ces objectifs de santé publique ont une portée supplémentaire : « ces objectifs quantifiés, adoptés par la représentation nationale, ont une valeur d'engagement : celui d'un résultat, en termes de santé, jugé atteignable compte tenu des connaissances et des moyens disponibles¹⁵ ».

Les « moyens disponibles » n'ont fait toutefois l'objet d'aucune évaluation spécifique. Il a simplement été considéré que la France ayant un niveau de dépenses de santé par habitant parmi les plus élevés, elle devait pouvoir se comparer sur tous les sujets de santé publique aux meilleurs résultats obtenus.

Présenter chacun de ces 100 objectifs comme un engagement invitait en tout état de cause à développer autant de plans de santé publique que nécessaire pour tenter de les atteindre, sans les inscrire dans une hiérarchisation rigoureuse ni dans un cadrage financier de nature à en garantir la réalisation.

II - Des plans trop nombreux, mal articulés et mal suivis

A - Une trentaine de plans aux statuts divers

La loi de 2004 a défini trois statuts différents pour les plans de santé publique.

Pour les problèmes de santé nécessitant de coordonner les actions d'intervenants multiples sur plusieurs années, la politique de santé publique définit des plans stratégiques pluriannuels organisant des ensembles d'actions et de programmes cohérents. Chaque plan spécifie, sur la période de temps considérée, la relation entre les objectifs quantifiés de santé publique à atteindre et les actions à mettre en œuvre. Cette démarche doit donner une meilleure lisibilité aux efforts consentis pour améliorer la santé. Les objectifs et les plans stratégiques définis au

14 « Le présent rapport décrit les objectifs quantifiés (...) ainsi qu'un ensemble d'indicateurs transversaux destinés à servir d'instrument de pilotage ».

15 Annexe de la loi du 9 août 2004, §1, p.63

niveau national sont déclinés au niveau régional ou à un niveau territorial approprié.

Cinq plans de ce type ont ainsi été définis dans la loi de 2004 pour la période 2004-2008 selon des thématiques choisies par le Président de la République. Ils concernaient le cancer, les impacts de la violence sur la santé, la santé environnementale, l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques ainsi que les maladies rares.

Le plan cancer était déjà en place lors de la promulgation de la loi. Le plan national santé environnement (PNSE) et le plan national pour améliorer la prise en charge des maladies rares ont été lancés respectivement en 2004 et 2005. Le plan pour l'amélioration de la qualité de la vie des personnes atteintes de maladies chroniques a vu le jour tardivement, en avril 2007. Quant au plan de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives, qui devait coordonner différents plans tels que le plan contre la violence routière, le plan contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool ou le plan santé mentale, il n'a pas été mis en place dans sa dimension initialement envisagée.

Les programmes de santé qui ont pour base législative l'article 10 de la loi de santé publique¹⁶ font l'objet d'un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ils sont destinés à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies et prévoient généralement à ce titre des consultations médicales périodiques de prévention et des examens de dépistage, ainsi que des actions d'information et d'éducation pour la santé.

Le premier dispositif entrant dans ce cadre juridique est le programme de lutte contre le saturnisme (arrêté date du 18 janvier 2005). Un arrêté du ministre de la santé du 29 septembre 2006 précise que le plan de mobilisation nationale contre le cancer constitue un programme de santé au sens de l'article L. 1411-6 du code de la santé publique alors qu'en 2004, la loi de santé publique comptait le plan cancer parmi les plans stratégiques. Ce glissement de statut, trois ans après le lancement du plan cancer, montre à quel point les frontières entre les différents types de plans sont imprécises.

Pas moins de 27 autres plans ou programmes nationaux avaient été mis en place dès 2000. Ils restaient en cours ou avaient été reconduits en 2004 en particulier sous la pression des associations de patients. Les thématiques et les objectifs de ces plans ont le plus souvent été repris

¹⁶ Article L. 1411-6 du code de la santé publique.

dans le rapport annexé à la loi du 9 août 2004. La DGS en a recensé 22 en 2008 et 30 en 2009 (cf. encadré ci-après).

Les appellations retenues sont confuses : on trouve aussi bien un plan « gouvernemental » (drogues et toxicomanies), ou « national » (prévention bucco-dentaire, maladies rares ou bien vieillir) ; d'autres sont intitulés programme national (nutrition santé), ou encore stratégies d'action (en matière de contraception), ces nuances sémantiques ne recouvrant aucune différence de contenu ou d'approche.

Au total, si la loi distingue trois types de plans, il n'existe pas de différence, ni dans leur élaboration, ni dans leur suivi, ni dans leur gradation, la DGS ayant retenu le principe d'une absence de priorisation entre les différents programmes de santé publique qu'elle pilote. S'ajoute à cette confusion une grande hétérogénéité des méthodes utilisées pour assurer la cohérence des plans entre eux comme leur suivi.

B - Un défaut de cohérence et d'outils de suivi

Les plans de santé publique s'additionnent depuis plusieurs années, sans toujours véritable cohérence avec les grands objectifs fixés par la loi de 2004 auxquels nombre d'entre eux ne se réfère pas et avec des redondances plus ou moins fortes parfois de l'un à l'autre. Pour le seul thème des addictions, il existe ainsi un plan ministériel relatif à la prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011 et un plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011.

**Les plans de santé publique recensés par le ministère de la santé
en novembre 2009**

SANTÉ GÉNÉRALE DES POPULATIONS

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies

La prise en charge et la prévention des addictions

Deuxième Programme national nutrition santé- PNNS-2

Plan psychiatrie et santé mentale

Plan autisme

Plan santé des jeunes 16-25 ans

Plan national bien vieillir

Programme d'actions sur le sommeil

Stratégie d'actions en matière de contraception

Plan périnatalité : humanité, proximité, sécurité, qualité

Plan national de prévention bucco-dentaire

MALADIES CHRONIQUES

Plan cancer

Plan Alzheimer et maladies apparentées

Programme de développement des soins palliatifs

Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques

Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur

Programme d'actions en faveur de la bronco-pneumopathie chronique obstructive

Plan national maladies rares

RISQUES INFECTIEUX

Plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins

Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013

Plan national de lutte contre les hépatites B et C

Plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques

Programme de lutte contre la tuberculose en France

Plan national anti-dissémination chikungunya-dengue en métropole

Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France

Programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Plan national santé environnement

Plan d'action chlordécone en Martinique et en Guadeloupe

Plan d'action de prévention des légionelloses

Plan de prévention des accidents de la vie courante

Depuis ce recensement, d'autres plans ont été élaborés tel le plan de lutte contre les accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 qui a pour objectif de réduire la gravité et la fréquence des séquelles ou le plan national maladies rares 2011-2014 rendu public le 28 février 2011.

En décembre 2009, la DGS a produit un guide méthodologique¹⁷, fruit de l'expérience acquise. Les constats et recommandations qu'il contient s'appuient sur les faiblesses constatées dans le dispositif actuel et par là même, les mettent en relief.

1 - Des problèmes d'articulation entre plans

La multiplication des plans soulève la question de leur articulation et de leur synergie, lors de leur élaboration et de leur mise en œuvre.

¹⁷ Recommandations pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation des plans nationaux de santé. Direction générale de la santé- Secrétariat général. Décembre 2009.

La prévention des maladies peut en effet être abordée par au moins trois approches différentes par le déterminant (ex : le tabac), par la maladie prévenue (ex : le cancer), ou par la population ciblée (ex : les adolescents). Ceci explique par exemple que les mesures du plan cancer, peuvent se retrouver dans d'autres plans ou contribuer à des objectifs formulés par ailleurs. Dans son rapport sur l'évaluation du plan cancer 2003-2007, le HCSP a ainsi répertorié 15 mesures inscrites aussi dans d'autres plans. Il a souligné les difficultés que créait cette situation pour l'évaluation de chacune d'elles.

Par ailleurs, la date à laquelle ces différents plans ont été élaborés influe sur la manière dont ils font référence ou non aux plans existants.

La division « déploiement des politiques de santé » de la DGS, qui apporte un appui méthodologique à l'élaboration des plans nationaux et régionaux, n'assure pas la fonction de contrôle qualité qui manque totalement lors de l'élaboration de ces plans. Il revient finalement au pilote chargé de l'élaboration de chacun d'entre eux de s'assurer de la présence ou non de doublons.

Ce manque de rigueur dans leur conception nuit à la lisibilité de l'action publique ainsi qu'à la transparence de l'affectation des moyens. Elle a pu également donner parfois l'impression que leur élaboration pouvait parfois obéir davantage à une logique médiatique, à la recherche d'effets d'annonce, qu'à une volonté stratégique et durable.

2 - L'absence de priorisation et d'indicateurs de suivi

Si l'intérêt de définir des priorités est reconnu par la DGS dans son guide précité, elle souligne que « cet exercice est complexe, particulièrement coûteux en temps, et donne le sentiment aux professionnels comme aux bénéficiaires que des domaines, jugés comme moins prioritaires puissent être délaissés ». De fait, l'absence de hiérarchisation des objectifs est fréquente.

Dans son rapport d'évaluation du deuxième plan national nutrition santé (PNNS 2) l'IGAS soulignait pourtant les inconvénients d'un défaut de priorisation, tant au moment de l'élaboration qu'à l'intérieur même du plan : « Le PNNS s'est fixé pour but de mettre en œuvre quatre plans d'action, en évoquant de manière uniforme les problématiques les unes par rapport aux autres. Il comporte en outre de très nombreuses actions dans un programme dont la lecture est confuse et le descriptif désordonné, ce qui rend quelque peu difficile la compréhension de ses axes de développement. »

S'il n'est procédé à aucun choix à priori, le risque est que la réalisation du plan se fasse en fonction de critères tels que la facilité de réalisation des mesures.

Selon le même guide, « l'élaboration d'un plan doit distinguer explicitement ce qui relève de l'organisation spécifique du plan de ce qui relève des dispositions « habituelles ». Les plans ont rarement vocation à couvrir l'ensemble de l'action publique menée sur un thème. »

Le HCSP a relevé ce problème méthodologique dans son rapport sur l'évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004¹⁸, en soulignant qu'il était délicat de distinguer ce qui, dans les résultats constatés, était attribuable aux politiques mises en œuvre et ce qui relève de l'évolution naturelle du phénomène observé.

Malgré les recommandations de bonne pratique dont l'administration de la santé s'est dotée en matière notamment d'indicateurs, ces derniers sont peu ou mal utilisés. Le plan de prévention des addictions compte ainsi 14 objectifs différents, 26 mesures mais aucun indicateur de suivi n'y est associé. Le plan de lutte contre les drogues et toxicomanies présente 193 mesures différentes regroupées en 44 fiches actions thématiques, qui se répartissent autour de cinq grands axes. Mais il n'existe pas d'indicateurs de suivi définis a priori.

Toujours dans son évaluation PNNS 2, l'IGAS souligne encore que « la mission a été gênée dans son travail d'enquête par l'absence d'essai de définition d'indicateurs susceptibles d'aider à l'évaluation du programme, ainsi que par une rédaction évolutive du programme depuis 2006 ».

Comme la Cour l'avait également relevé, le HCSP a noté, dans son évaluation du plan cancer 2003-2007, que pour la grande majorité des 70 mesures qui y figurent, il n'existe pas d'indicateur, pas d'objectif chiffré. « En l'absence d'indicateur et d'objectif précis, le travail d'évaluation s'est avéré difficile ».

A l'inverse toutefois, pour le deuxième plan Alzheimer qui comprend 44 mesures et prévoit une dépense totale estimée à 1,6 Md € entre 2008 et 2012, des indicateurs de suivi et d'évaluation ont été définis pour chaque action dont la mise en œuvre fait l'objet d'un dispositif de pilotage extrêmement développé jusqu'au plus haut niveau de l'Etat.

¹⁸ Objectifs de santé publique. Evaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004. Propositions. Haut conseil de la santé publique. Collection Avis et rapports. Avril 2010.

III - Une insuffisante recherche d'efficience

La prise en compte du critère d'efficience dans les objectifs de prévention et plus généralement dans les choix de santé publique présenterait l'intérêt de faire le meilleur usage possible des moyens disponibles. La réflexion médico-économique revient à définir des seuils d'investissements au-delà desquels la collectivité peut considérer que les ressources ne sont plus dépensées de façon socialement utile et produiraient plus de bien-être si elles étaient affectées ailleurs. Cette approche développée au Royaume-Uni, ou l'utilisation d'une valeur tutélaire de la vie humaine comme dans d'autres secteurs d'activité en France, ne sont jamais envisagées dans les politiques de santé publique.

A - L'absence en France d'évaluation médico-économique en matière de santé publique

L'accumulation de plans non hiérarchisés entretient l'illusion sur la capacité de l'Etat à assurer la meilleure des protections à la population face à tous les risques de santé, à prendre en compte chaque besoin et à engager les moyens financiers nécessaires pour prévenir toutes les maladies. En l'absence de fixation d'une valeur pour la vie humaine dans le domaine de la santé, les dépenses par vie sauvée ou par année de vie en bonne santé peuvent apparaître sans limites.

Une valeur de la vie humaine définie dans le domaine des transports

En 2001, le commissariat général au plan a mené une réflexion visant à établir un référentiel de valeurs qui traduirait la disposition à payer de la collectivité et qui orienterait les choix publics. Ces valeurs sont tutélaires en ce qu'elles ne sont pas fournies directement par un marché, ou parce que les valeurs révélées sur les marchés ne reflètent pas le vrai coût pour la collectivité (le coût social). Elles traduisent donc le prix que l'Etat entend donner à ces effets non marchands et ont été fixées en fonction des attentes de la société telles qu'on peut les appréhender.

C'est ainsi qu'en matière de transports¹⁹, « la valeur tutélaire de référence à prendre en compte par la puissance publique pour les projets routiers devra donc être égale à un million d'euros, soit les deux tiers de la valeur de référence du coût d'évitement de la perte d'une vie humaine. Pour les transports collectifs (et certains longs tunnels routiers), elle sera de 1,5 million d'euros. Enfin, là où pour des raisons d'image un degré supérieur de sécurité est estimé nécessaire, il conviendrait que les entreprises gestionnaires d'infrastructures et les transporteurs, pour optimiser et rationaliser la programmation de leurs actions destinées à améliorer la sécurité, calculent la valeur implicite de la vie humaine afférente à chacune de ces actions, ne serait-ce que pour s'assurer que les valeurs ainsi obtenues sont bien du même ordre de grandeur. »

Les tests génomiques viraux pratiqués sur les dons du sang constituent une illustration de l'importance des moyens qui peuvent être consacrés à certaines mesures de prévention.

L'hépatite C est causée par un virus (VHC) et est transmise essentiellement par voie veineuse (toxicomanie, transfusion). Il s'agit d'une pathologie sévère dont le risque de mortalité est de 5 % dans un délai de 30 ans, voire 40 ans, suite à une hépatite chronique, une cirrhose ou un cancer du foie. La sélection des donneurs par un questionnaire et un entretien pré-don permet d'écarter la plupart des personnes porteuses d'agents infectieux potentiellement transmissibles. A compter de mars 1990, un test d'identification des anti-corps anti-Hépatite C a permis de réduire le risque de contamination par transfusion par le VHC de 5 % à 1/375 000. Toutefois entre le moment où le donneur de sang est contaminé par le virus et celui où on peut détecter cette contamination, il existe une période de silence sérologique²⁰. Un test dit de « dépistage génomique viral » permet de raccourcir cette fenêtre et de ramener le risque de contamination par le VHC lors d'une transfusion à 1/12 500 000. La mise en œuvre depuis juillet 2001 de ces tests, qui représente une hausse de 5 % du prix unitaire des produits sanguins a permis de prévenir, sur la période de plus de six ans observée, la survenue de 6 cas d'infection à VIH et de 8 cas d'hépatite C²¹, soit un coût de plus de 220 M€ pour statistiquement moins de deux vies sauvées.

19 CGP, « Transports : choix des investissements et coûts des nuisances », Rapport du groupe de travail présidé par M. Boîteux, rapporteur général, L. Baumstark, La Documentation Française, Paris, 2001.

20 Délai pendant lequel les tests conventionnels qui permettent de détecter que l'organisme a été en contact avec le virus restent négatifs.

21 Source ministère de la santé et INVS

De tels choix demeurent bien entendu fondamentalement de nature éthique, mais la question de l'utilisation optimale de ressources publiques par nature limitées pour éviter des pertes de chances pour la population est de nature à les éclairer. L'exemple du Royaume-Uni est illustratif à cet égard.

La démarche développée au Royaume-Uni, par le National institute for clinical excellence (NICE)²² cherche à mesurer l'efficacité d'une stratégie préventive en prenant en compte la durée de la vie et la qualité de la vie des personnes auxquelles elles s'appliquent. La comparaison entre les stratégies possibles se fait sur le critère du gain de durée de vie pondérée par la qualité de vie mesuré en QALYs (Quality adjusted Life years). Cet indicateur synthétique unidimensionnel, comme les DALYs, est utilisé, essentiellement pour effectuer la comparaison « coût-utilité » des programmes de santé, en analysant d'une part le coût de la mise en œuvre du programme étudié, et d'autre part le coût lié à l'absence de programme. Entre deux stratégies on compare les ratios coût-utilité exprimés en €/QALY gagnés. Au coût total accepté par la collectivité est associé un seuil d'acceptabilité du ratio coût-utilité. Une stratégie qui serait plus efficace et plus onéreuse serait acceptée en deçà de ce seuil et rejetée au-delà.

L'Australie, le Canada et les Pays-Bas exigent également des industriels ce type d'études en vue des négociations sur les prix des traitements. Si peu d'agences publient les valeurs seuils des actions jugées coût-bénéfiques, le NICE paraît faire de la valeur de 30 000 à 45 000 £ (soit environ 34 000 à 51 000 €) par QALY son seuil d'une action jugée raisonnable. L'application de cette démarche n'est au demeurant pas absolument mécanique, d'autres critères peuvent rentrer en ligne de compte et des seuils exceptionnels peuvent être envisagés.

Si cette approche fait débat, elle explicite et affiche de manière transparente les critères de jugement pris en compte et la façon dont ils sont utilisés et repose sur un principe d'équité dans la mesure où l'année de vie en bonne santé gagnée a le même poids quel qu'en soit le bénéficiaire et le « droit de tirage » sur les ressources publiques pour obtenir ce résultat est le même pour tous.

La comparaison par grandes pathologies des DALYs et des dépenses de soins montre les écarts qui peuvent exister entre la part des années de vie perdues en bonne santé représentées par une catégorie de pathologie et la part des coûts de soins qu'elle nécessite. Ainsi les

²² Cet institut du National Health Service (NHS) est chargé de l'évaluation des technologies et stratégies médicales.

maladies musculo-squelettiques représentent 4 % des années de vie en bonne santé perdues et 9 % du montant des coûts des soins. Les problèmes bucco-dentaires constituent 0,65 % des années de vie en bonne santé perdues et 7,6 % du montant des coûts des soins.

Tableau n° 7 : Comparaison du nombre d'années de vie perdues corrigé de la qualité de la vie et des coûts de santé par grande catégorie diagnostique

<i>tri sur dalys</i>				Coûts de santé	
Grandes catégories diagnostiques	Décès (000)(1)	DALYs (000)(1)	% DALYs	% coûts(2)	en M€(3)
Maladies neuro-psychiatriques	46,0	2 085	28,04 %	14,30 %	15 387
cancers	165,2	1 355	18,22 %	7,50 %	8 070
Maladies cardiovasculaires	171,7	858	11,54 %	12,60 %	13 558
Maladies des organes des sens	0,0	544	7,31 %	6,50 %	6 994
Blessures non intentionnelles	27,9	481	6,47 %	6,90 %	7 424
Maladies respiratoires	20,6	327	4,40 %	7,70 %	8 285
Diabète et maladies endocrines	20,7	325	4,38 %	4,20 %	4 519
Maladies de l'app. Digestif	26,3	323	4,34 %	5,20 %	5 595
Maladies de l'app. musculo-squelettique	4,1	314	4 %	9 %	9 684
Maladies infectieuses	26,2	194	2,61 %	2,10 %	2 260
Maternité et périnatalité	1,7	116	1,56 %	3,00 %	3 228
Anomalies congénitales	1,8	88	1,19 %	0,50 %	538
Maladies de l'app. Génito-urinaire	9,1	55	0,74 %	5,60 %	6 026
Affections bucco-dentaires	0,0	48	0,65 %	7,60 %	8 178
Affections dermatologiques	2,2	14	0,19 %	1,70 %	1 829

Sources : Synthèse de la Cour à partir des données 2004 de l'OMS pour les décès et les DALYs(1), des données de l'IRDES sur comptes 2002 pour les coûts en pourcentage (2) et Comptes nationaux de santé 2002 pour les dépenses (3).

Note de lecture : les maladies neuropsychiatriques sont responsables de la perte de plus de 2 millions d'années de vie en bonne santé et de 46 000 décès.

En France cette approche en €QALY gagné n'est pas utilisée en routine pour évaluer une action de santé à mettre en place ou l'efficacité d'un nouveau traitement. Elle devrait pourtant constituer un outil complémentaire pour définir des priorités.

La mise en œuvre d'une telle démarche contribuerait à une estimation plus rigoureuse ex ante et ex post du coût des plans de santé publique qui s'avère en tout état de cause indispensable.

L'estimation du coût des plans de santé publique

L'estimation des ressources nécessaires est un préalable indispensable à la sélection des stratégies à mettre en œuvre dans le cadre d'un plan de santé publique. Ce principe affirmé dans le rapport annexé à la loi du 9 août 2004 figurait déjà dans un guide méthodologique relatif à l'élaboration des programmes de prévention publié en mai 2004 par l'ANAES (aujourd'hui HAS).

Pourtant, certains plans de santé publique n'individualisent aucun financement tel le programme de lutte contre la tuberculose, le programme de communication impulsé par l'Etat en direction du grand public et de publics ciblés visant à promouvoir la contraception ou le programme d'action en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive financé par l'Etat.

L'estimation financière ex ante du deuxième plan cancer (2009-2013) s'est révélée pour sa part très inférieure à la réalité. La DGS a estimé le coût total du plan sur toute sa durée à 1 945 M€, dont 648 M€ consacrés aux dépistages. La dépense consacrée aux dépistages des cancers du sein, du colon et du col de l'utérus serait comprise entre 110 M€ et 140 M€ par an.

Or à partir des coûts estimés de ces trois dépistages par l'INCa et par l'INVS, la Cour évalue la dépense à un coût total de plus de 500 M€ pour la collectivité sur la seule année 2009.

En effet, dans un rapport de 2007 relatif à l'analyse économique des coûts du cancer en France, l'INCa avait évalué le coût estimé du dépistage du cancer du sein à 194,2 M€ (dont 142 M€ sont comptabilisés parmi les actes médicaux). Le coût du dépistage du cancer colorectal, était estimé dans la même étude à 53,7 M€ pour 660 000 tests, sachant que 2,7 millions de ces tests ont été réalisés en 2009. En outre, une étude de l'INVS²³ relevait qu'en 2004, le coût direct annuel du dépistage du cancer du col de l'utérus, pouvait être estimé à plus de 300 M€ pour 6 millions de tests, dont 170 M€ pris en charge par l'assurance maladie.

B - Les problématiques d'efficience des actions de dépistage organisé

L'Agence nationale d'accréditation des établissements de santé - devenue depuis Haute Autorité de santé (HAS) - a défini en 2004 des règles rigoureuses d'élaboration des programmes de dépistage. Ces règles ne sont toujours pas mises en application.

23 Coût de la prise en charge des frottis anormaux et des néoplasies intraépithéliales du col de l'utérus en France, Christine Bergeron, Catherine Cohet, Stéphane Bouée, Caroline Lorans, Vanessa Rémy in BEH du 9 janvier 2007

1 - La justification scientifique ex ante des programmes de dépistage

Dans son guide, la HAS recommandait de procéder à l'évaluation de l'efficacité et de la sécurité du programme de dépistage : « *L'efficacité du programme de dépistage sur la réduction de la mortalité ou la morbidité doit être prouvée par des essais contrôlés randomisés de haute qualité, ou faire l'objet d'un consensus international. L'organisation du dépistage doit s'appuyer sur un plan de gestion et de contrôle du programme de dépistage et un ensemble de standards d'assurance qualité reconnus par la communauté médicale.* »

Les deux exemples suivants, relatifs aux dépistages du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans et du cancer colorectal, montrent que malgré l'existence de preuves scientifiques d'efficacité de ces dépistages en conditions expérimentales, les limites tenant aux conditions réelles de leur mise en œuvre tendent à restreindre leur impact potentiel sur la mortalité par cancer.

Le dépistage du cancer du sein entre 50 et 69 ans

Principale cause de mortalité par cancer chez les femmes, le cancer du sein tue encore près de 12 000 personnes par an. Depuis 2004, un dépistage organisé du cancer du sein a été généralisé à l'ensemble du territoire pour toutes les femmes de 50 à 74 ans.

Il ressort du premier rapport d'évaluation du programme national de dépistage systématique du cancer du sein réalisé en 1997 par l'ANAES que l'intérêt d'un *dépistage organisé* du cancer du sein chez les femmes de 50-69 ans est scientifiquement établi, dans des conditions expérimentales ou quasi-expérimentales, très protocolisées et très homogènes. Celles-ci sont difficilement reproductibles lors de la généralisation des campagnes.

L'efficacité d'un tel programme dépend d'abord tout à la fois de la qualité des clichés et de celle de leur lecture. Il est aussi fonction de la qualité de la prise en charge ultérieure de la patiente. Il ne suffit pas de pratiquer une mammographie et de faire un diagnostic exact, encore faut-il que toutes les femmes qui présentent un test positif bénéficient d'examen complémentaires, que le cas échéant le traitement nécessaire soit mis en œuvre dans des délais appropriés.

Deux paramètres sont également de nature à limiter l'efficacité constatée du dépistage organisé : ses conditions d'organisation ainsi que le niveau de participation des personnes intéressées.

Sur le premier point, les données issues de l'évaluation épidémiologique du dépistage du cancer du sein réalisée en 2009 par l'INVS à partir des données 2005 montrent des écarts de résultats très substantiels d'un département à l'autre pour ce qui concerne les taux de détection en première et en deuxième lecture et la part de biopsies réalisées ou de cancers détectés. Ces écarts montrent un éloignement des conditions expérimentales qui devraient conduire à s'interroger sur l'efficacité de l'organisation retenue et sur l'application de la chaîne qualité imposée dans le cahier des charges²⁴.

Sur le second point, le taux de participation des femmes invitées doit être selon l'OMS d'au moins 70 % pour obtenir une baisse significative de la mortalité. Avec un taux de l'ordre de 50 % en 2007, la France ne peut grâce au dépistage organisé enregistrer de baisse visible de la mortalité.

L'incidence du cancer du sein croît régulièrement depuis 1980, de 2,4 % en moyenne par an. À l'inverse, le taux de mortalité diminue depuis les années 1998-2000, de -1,3 % en moyenne chaque année. Mais ne peuvent être évaluées dans cette évolution la part revenant à l'amélioration de la prise en charge thérapeutique et celle liée à la seule pratique du dépistage organisé, celle-ci venant s'ajouter au dépistage individuel.

Le dépistage du cancer colorectal.

Le cancer colorectal a été responsable en 2007 de près de 17 000 décès. Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal a été généralisé à l'ensemble du territoire en 2009. La population cible représente 16 millions de personnes. Le programme propose un test de détection de sang occulte dans les selles (Hémocult®) tous les deux ans aux personnes âgées de 50 à 74 ans à risque moyen pour ce cancer.

La revue Prescrire dans sa publication de décembre 2007 précise que la balance bénéfices-risques du dépistage colorectal repose sur 5 essais comparatifs internationaux avec suivi sur 10 à 18 ans chez plus de 400 000 personnes de plus de 45 ans. Une réduction de la mortalité par cancer colorectal a été observée dans chaque essai.

Toutefois, le fait qu'il soit pratiqué en France 860 000 coloscopies hors dépistage du cancer du colon par un test dont la spécificité a fait

24 Cahier des charges relatif à l'organisation du dépistage des cancers, aux structures de gestion, aux radiologues, annexes à la convention-type entre les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé. Bulletin officiel 2001-43 - et sa mise à jour en décembre 2006.

l'objet de critiques devrait conduire à s'interroger sur le ciblage des invitations à ce dépistage et à évaluer son ratio-coût-efficacité.

De manière générale, même lorsqu'un programme de dépistage a fait a priori la preuve de son efficacité sur la réduction de la mortalité ou de la morbidité, il convient qu'il fasse l'objet d'une évaluation continue pour confirmer son intérêt dans la population ciblée et valider les conditions de son organisation.

2 - Une insuffisante prise en compte des effets négatifs dans le dépistage individuel

Un dépistage organisé ou un programme de vaccination obligatoire ayant fait la preuve de son apport pour la santé de la population peut être responsable, directement ou indirectement, du fait des examens complémentaires que son résultat entraîne, d'effets préjudiciables à certains individus. C'est pourquoi la HAS, en 2004, a énoncé des principes méthodologiques imposant de s'assurer que :

- *« les avantages du programme de dépistage dépassent les inconvénients causés par le test, les procédures diagnostiques et les interventions ;*
- *un accord existe dans la communauté scientifique sur les investigations diagnostiques à poursuivre chez les personnes dont le test est positif et sur les choix disponibles pour ces individus ;*
- *le consentement du patient est obtenu après information sur les avantages et inconvénients du dépistage.»*

Mais les dépistages ont dans le public et chez les professionnels de santé une image si positive qu'en dépit des effets indésirables qu'ils peuvent entraîner et qui font renoncer à les systématiser, ils restent très souvent proposés à titre individuel sans que leurs éventuelles conséquences négatives soient toujours clairement présentées aux patients.

Les deux exemples ci-après, relatifs aux dépistages spontanés du cancer du sein chez la femme de moins de 50 ans et du cancer de la prostate, peuvent illustrer cette pratique du dépistage quasi généralisé malgré l'absence de consensus sur l'intérêt de tels examens.

Le dépistage du cancer du sein entre 40 et 49 ans

Le bénéfice du dépistage systématique du cancer du sein chez les femmes âgées de 40 à 49 ans n'est pas prouvé par des études de bonne qualité méthodologique²⁵.

Certains cancers très peu évolutifs²⁶, détectés par mammographie chez les femmes de moins de 50 ans ne seraient jamais devenus un cancer-maladie du vivant de la patiente. On traite pourtant ces femmes, une fois diagnostiquées, sans qu'elles n'en tirent bénéfice. Selon certaines études²⁷, le quart des cancers du sein ainsi dépistés ont abouti à des traitements inutiles et en outre coûteux pour la collectivité.

Selon les essais comparatifs, le dépistage de cancers non évolutifs par mammographie a entraîné une augmentation de presque 20 % des ablations totales du sein alors que l'objectif était précisément de limiter ces opérations mutilantes grâce à un diagnostic précoce. Par ailleurs, il n'y a pas d'études démontrant chez les femmes de moins de 50 ans une diminution de la mortalité par cancer du sein.

C'est pourquoi la HAS face à ce constat recommande de ne pas étendre le programme de dépistage aux femmes âgées de 40 à 49 ans.

Le dépistage du cancer de la prostate

Au niveau international, aucune des agences d'évaluation en santé qui se sont prononcées sur ce thème ne recommande à l'heure actuelle un dépistage de masse du cancer de la prostate, au contraire de certaines organisations professionnelles d'urologie, notamment françaises, qui recommandent que les hommes en bonne santé âgés de 50 à 75 ans, ainsi que les personnes de plus de 45 ans avec un risque familial, aient, chaque année, un dosage du PSA et un toucher rectal.

La HAS a réitéré son avis négatif²⁸ sur l'intérêt d'un dépistage organisé en juin 2010, suite notamment à l'analyse de deux études récentes (américaines et européennes, dites PLCO et ERSPC) publiées en mars 2009 qui confirment le risque sur le diagnostic et n'apportent pas la preuve d'une diminution de la mortalité. Elle relève l'existence d'éléments concordants tendant à démontrer l'importance des

25 Rapport « Opportunité d'étendre le programme national de dépistage du cancer du sein aux femmes âgées de 40 à 49 ans »- ANAES- mars 2004.

26 Cancers in situ ou cancers non infiltrants

27 Le recensement des études disponibles est présenté in Rev Prescrire 2007 ; 207(288) :758-762.

28 Rapport : Dépistage du cancer de la prostate- Analyse critique des articles issus des études ERSPC et PLCO publiés en mars 2009- HAS- avril 2010.

inconvenients du dépistage et insiste sur la nécessité de mieux apprécier les effets délétères des pratiques actuelles de prescription des dosages de PSA. Elle insiste sur l'importance de l'information à apporter aux hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate. Dans ce cas en effet, les seules études identifiées qui pourraient être indicatives ne permettent pas de conclure à une différence significative en faveur du dépistage pour ce qui est de la mortalité²⁹. En effet, la valeur prédictive du test des PSA est modeste et la biopsie prostatique qui permet d'affirmer le diagnostic du cancer de la prostate est un examen potentiellement responsable de complications invalidantes pour les patients.

En mai 2009, la revue Prescrire présentait une synthèse de 4 essais comparatifs évaluant la balance bénéfices-risques à long terme du dépistage des cancers de la prostate par le dosage du taux de PSA, associé ou non au toucher rectal. Environ 70 % des diagnostics détectent des cancers qui n'auraient pas eu de conséquence clinique au cours de la vie des patients. Ces patients sont alors inutilement exposés aux effets indésirables des traitements (chirurgie ou radiothérapie) sachant que les cancers de la prostate localisés, le plus fréquemment trouvés lors d'un diagnostic précoce ont un taux de survie supérieur à 90 % à 5 ans, supérieur à 80 % à 10 ans, de l'ordre de 80 % à 15 ans, en l'absence de traitement.

Ainsi, en France, le nombre de cancers de la prostate opérés par voie chirurgicale a plus que quadruplé en neuf ans, passant de 6 881 prostatectomies en 1998 à 27 733 en 2007 sans que la mortalité de ce cancer ait évolué significativement depuis 20 ans.

Si dans ces deux exemples, la décision publique a su tenir compte d'une balance-bénéfice défavorable et s'abstenir de généraliser des dépistages aux effets négatifs trop importants, il semble toutefois que toutes les conclusions n'aient pas été tirées des avis de la HAS.

En effet, le baromètre cancer 2005 de l'INPES constate un taux de dépistage spontané du cancer du sein de 53 % chez les femmes de 40 à 49 ans, et un taux de dépistage du cancer de la prostate de 52 % chez les hommes de plus de 55 ans, qui devraient soulever plus largement la question de l'intérêt de ces examens au plan individuel et collectif. Par ailleurs le coût des examens complémentaires et des traitements inutiles générés par ces dépistages ne fait l'objet d'aucun chiffrage.

29 Éléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate- ANAES 2004.

3 - L'absence d'évaluation médico-économique a priori des programmes de dépistages

Le guide de la HAS indiquait que « *Le dépistage organisé se justifie lorsqu'il offre un rapport coût-efficacité avantageux relativement à une situation de référence (absence de dépistage ou dépistage individuel) et au regard de ce que le financeur est disposé à payer pour privilégier cette intervention de santé.* »

Différents types d'études médico-économiques peuvent être réalisées :

- les études coût-efficacité permettent d'étudier à la fois les coûts et les résultats exprimés par un indicateur clinique ou un indicateur objectif d'état de santé (nombre de cas dépistés, complications évitées, années de vie gagnées, etc.) ;
- les études coût-utilité consistent à mesurer les résultats de santé, en introduisant la notion de qualité de vie. Elles s'expriment en € par DALY. Elles fournissent un critère de jugement unique pour comparer des actions de santé entre elles ;
- les études coût-bénéfice doivent permettre de déterminer si une nouvelle stratégie de santé dégage un bénéfice économique net pour la société.

La DGS se dit pleinement favorable au développement de ce type d'évaluation mais elle se heurte selon elle à la question des ressources et à celle d'une culture insuffisante des professionnels de santé et de l'administration dans ce domaine.

De fait, les décisions de généraliser les dépistages du cancer du sein, du colon, du col de l'utérus ou de la prostate ont été prises en l'absence de considérations d'ordre médico-économique. Une telle démarche n'a été mise en œuvre que dans le cas du dépistage du VIH, avec des limites cependant notables.

Dans le cadre des missions qui lui ont été confiées par la loi de financement pour la sécurité sociale de 2008, la HAS a en effet notamment introduit le raisonnement médico-économique comparatif, en €QALY à l'appui de ses recommandations dans son rapport relatif au dépistage de l'infection par le VIH produit en octobre 2009.

La HAS considère qu'en France, près de 40 000 personnes seraient infectées par le VIH sans avoir connaissance de leur séropositivité. Pourtant, grâce aux multi-thérapies, les personnes séropositives

rapidement dépistées pourraient bénéficier d'un traitement précoce dont l'efficacité sur la réduction de la morbidité et de la mortalité a été démontrée et limiter la propagation de l'épidémie en adoptant des gestes préventifs à l'égard de leurs partenaires ; à défaut, les traitements viendraient réduire le risque de transmission du VIH à ces derniers.

Dans ce contexte la HAS a recommandé à l'automne 2009 de changer de logique de dépistage et de développer une stratégie en deux volets :

- la proposition systématique d'un test de dépistage à la population générale de 15 à 70 ans n'ayant pas connaissance de son statut sérologique, hors notion d'exposition à un risque de contamination par le VIH, soit une cible de près de 40 millions de personnes ;
- en parallèle le maintien et le renforcement d'un dépistage ciblé et régulier pour les populations à risque (personnes ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois, usagers de drogues injectables, personnes originaires d'une zone de haute prévalence).

Pour justifier ce changement de stratégie, la HAS s'est appuyée notamment sur des arguments d'ordre médico-économique, considérant que le dépistage généralisé peut se justifier lorsqu'il offre un rapport coût-efficacité acceptable au regard de ce que le financeur est disposé à payer pour cette intervention en santé.

L'impact budgétaire de la recommandation visant la généralisation du dépistage à 40 millions de personnes, notamment sur le budget de l'assurance maladie, n'a cependant pas été présenté par la HAS. L'évaluation du ratio coût/efficacité qui figure dans le rapport « *a comparé les coûts totaux générés (coût direct total) à leur efficacité médicale* »³⁰. La HAS qui disposait donc de cette information n'a pas souhaité évoquer le montant de la dépense totale associé au changement de stratégie proposé.

Si l'approche d'un ratio coût-efficacité est un critère important à prendre en compte, il n'est pas suffisant puisqu'il n'existe pas en France de seuil validé pour juger si une stratégie est « coût-efficace » ou non. Les normes proposées par l'OMS conduisent à considérer une action ayant un ratio coût par DALY gagné inférieur à 81 900 € comme « coût-

30 Page 151 du rapport.

efficace »³¹. Ce chiffre a permis à la HAS de conclure que la stratégie qui consiste à tester une fois l'ensemble de la population peut être considérée comme efficace. A ce stade de ses travaux, la HAS n'a pas pu confirmer le fait que tester la population générale, même avec un taux de participation élevé pouvait régler une fois pour toutes la question des dépistages retardés. Elle a recommandé en conséquence de procéder à une évaluation à 5 ans de ce dépistage généralisé afin d'appréhender quantitativement son élargissement et ses conséquences sur la diminution du retard dans le dépistage. Si l'évaluation à 5 ans conduisait à renouveler le dépistage généralisé de la population générale, le coût par DALY serait doublé et s'élèverait à 165 300 € fragilisant les données médico-économiques qui ont contribué à la réflexion de la HAS.

Ces chiffres ont été comparés aux ratios coût-efficacité d'autres stratégies de dépistage recommandées en France. Le coût par QALY d'un dépistage généralisé de l'infection par le VIH est ainsi 32 fois supérieur à celui du dépistage du cancer du col de l'utérus, 24 fois supérieur à celui du dépistage cancer colorectal, 4 fois plus important que celui du dépistage du cancer du sein.

En outre, beaucoup de questions méthodologiques restent posées.

La HAS précise en effet que la mise en œuvre opérationnelle de ce dépistage repose sur les médecins généralistes qui devront proposer le test à l'ensemble de la population. Mais le rapport est peu étayé sur les conditions de l'adhésion collective des médecins traitants.

L'argumentaire sur l'acceptabilité par la population ne repose que sur une seule étude américaine qualitative sur 42 patients qui n'avait pas cet objet. L'adhésion des généralistes a, quant à elle, été évaluée sur la base des données du baromètre santé médecins/pharmaciens datant de 2003. La mise à jour de ces données en 2009 montre que si la quasi totalité des médecins prescrit régulièrement des tests VIH, la pratique privilégie la demande de la personne et la notion d'exposition au risque et ne correspond pas à l'exercice envisagé. De plus, la question de savoir comment concrètement les médecins pourraient prendre en charge cette

31 La « Commission on Macroeconomics and Health » mandatée par l'Organisation Mondiale de la Santé, considère qu'une stratégie est coût-efficace si le ratio coût-efficacité de cette stratégie est inférieur à trois fois le PIB/habitant du pays où la stratégie doit être appliquée (205). Le PIB par habitant en France est de €27 300 en 2005, année sur laquelle cette analyse est fondée. Si l'on applique le seuil de l'OMS pour juger du caractère coût-efficace de la stratégie tester une fois l'ensemble de la population, il s'avère que le ratio coût-efficacité retrouvé est légèrement inférieur à trois fois le PIB par habitant de la France ($= 27\,300 \times 3 = \text{€}81\,900$).

mission n'est pas évoquée car elle n'est pas de la compétence de la HAS. Elle peut pourtant s'avérer centrale dans le succès d'une telle opération.

Par ailleurs, dans le rapport de la HAS, les données probantes sur les bénéfices cliniques du dépistage en routine restent limitées. Seules trois études ont été recensées évaluant les effets de ce dépistage sur la proportion de patients infectés par le VIH identifiés à un stade précoce de l'infection. De même, rares sont les études ayant estimé la proportion de patients nouvellement diagnostiqués dans des environnements à bas risque, accédant à une prise en charge adaptée. Dans tous les cas il s'agissait d'études de niveau de preuve faible à moyen.

Dans des conditions de telle incertitude, il peut apparaître étonnant que contrairement à ce qui a été mis en œuvre dans le cadre de tous les autres dépistages, il n'ait pas été proposé ni décidé de procéder à une expérimentation permettant de valider quelques unes des hypothèses retenues.

C - La question du « retour sur investissement » de la prévention

Il est commun de considérer la prévention comme un investissement qui permettrait à terme de générer des économies sur les dépenses de santé. Les études disponibles ne confirment pas cette approche intuitive.

Si la prévention améliore l'état de santé et contribue à préserver des vies, la plupart des économistes de la santé considèrent que son développement n'entraîne pas automatiquement des économies mesurables dans les moyens consacrés à la santé. Cette analyse renforce l'intérêt que les considérations d'ordre médico-économiques soient prises en compte dans les décisions publiques.

Une étude dont les résultats sont parus en 2008 dans le *New England Journal of Medicine*, a ainsi passé en revue les 1500 ratios coût/efficacité de 599 actions présentées dans des articles entre 2000 et 2005. Dans cette publication, le ratio coût/efficacité a été défini comme le coût d'une intervention divisé par les bénéfices sanitaires, mesurés en années de vie gagnées ajustées par la qualité de vie (DALYs). Sur 279 stratégies considérées comme préventives, seules 20 % d'entre elles permettent de faire des économies, tandis que les autres amènent à dépenser davantage. Si de nombreuses actions de prévention prodiguent un bénéfice jugé suffisant par rapport aux coûts engagés, peu d'entre elles apportent réellement un retour sur investissement.

L'exemple de la vaccination

De nombreuses études montrent l'intérêt économique de la vaccination. Au-delà du bénéfice pour les personnes vaccinées, ce sont les effets externes qui justifient l'acte vaccinal ; l'impact sur les coûts de santé ne se fait sentir qu'à partir du moment où un nombre suffisant de personnes est vacciné pour limiter la propagation d'une épidémie. L'analyse coût-avantage du vaccin ROR (Rougeole-oreillons-rubéole) montre ainsi qu'une politique de vaccination induit une augmentation des dépenses durant les six premières années, qu'elle atteint le point d'équilibre budgétaire au bout de 17 ans et enregistre des gains substantiels à compter de la 25^{ème} année.

Il est également démontré que la vaccination grippale réduit significativement les coûts de prise en charge médicale, en diminuant de 34 % les dépenses de consultations, de 25 % la prescription antibiotique, enfin de 45 % les journées de travail perdues.

En revanche dès lors qu'il s'agit d'une pathologie non contagieuse comme le tétanos, l'absence d'externalité rend l'intérêt de la vaccination de masse, examiné du seul point de vue économique, plus limité.

IV - Le périmètre restrictif de la politique de prévention

L'approche retenue pour la gestion de la politique de prévention conduit à délaisser l'ensemble du champ de la prévention spontanée qui représente de l'ordre de la moitié de la dépense collective affectée à la prévention.

La prévention spontanée recouvre les comportements individuels, les demandes spontanées de soins ainsi que les initiatives des professionnels de santé à l'égard des personnes malades ou des usagers du système de santé considérés individuellement, et qui les sollicitent.

Ces actions préventives sont réalisées à l'intérieur du système de soins et ne sont pas subventionnées par des fonds spécifiques de prévention de la part de l'Etat ou de l'assurance maladie. Elles sont donc financées intégralement par l'assurance maladie au titre du remboursement des soins. Comme cela a été dit précédemment, l'IRDES a évalué à 5 700 M€ le montant des dépenses de prévention prises en charge au titre du soin, soit à 54 % du total des dépenses de prévention.

La caractéristique principale de la prévention spontanée est de ne pas être encadrée par la politique publique de prévention. Des

recommandations de bonnes pratiques ne sont pas forcément formulées et quand elles le sont, elles ne font l'objet d'aucun contrôle quant à leur application. Il n'existe pas d'organisation ex post d'une évaluation des écarts aux bonnes pratiques de prise en charge.

Décidé dans le cadre du colloque singulier entre le médecin et son patient, l'acte de prévention spontané n'est soumis qu'à une obligation de moyens. La prévention étant perçue comme une démarche exclusivement positive, certains dépistages sont proposés de façon trop fréquente, ce qui ne correspond pas aux recommandations professionnelles.

A - Les dépistages individuels

Comme la Cour l'a déjà souligné dans plusieurs de ses rapports, la France est le seul pays où coexiste dépistage spontané et dépistage organisé du cancer du sein. Le dépistage individuel du cancer du sein, chez la femme de moins de 50 ans hors antécédents familiaux comme chez celle qui entre dans la tranche d'âge du dépistage organisé, est une pratique qui représente un coût rarement justifié pour l'assurance maladie et qui complique inutilement l'évaluation de l'efficacité du dépistage organisé.

Dans ses recommandations pour la pratique clinique à l'usage des professionnels de santé relatives au dépistage individuel du cancer de la prostate³², la HAS précise que si le PSA est normal, chez un homme âgé de 75 ans ou plus, il ne sera pas nécessaire de refaire un autre examen de ce type à l'avenir. Il est donc pour le moins étonnant que chaque année, soit réalisé près d'un million de dosages de PSA chez les hommes de plus de 75 ans et que le baromètre cancer de l'INPES constate que cette intervention se fait sur le conseil du médecin et non à la demande du patient dans 78 % des cas.

L'insuffisance de diffusion des bonnes pratiques en matière de prévention spontanée est parfois compensée par l'information dispensée aux médecins par les laboratoires pharmaceutiques. En témoigne, l'exemple du traitement de l'hypertension artérielle.

B - Le coût du traitement de l'hypertension artérielle

L'hypertension artérielle (HTA) n'est pas une maladie, puisqu'à elle seule, elle ne provoque pas de symptômes, mais elle est un facteur de

32 Recommandations pour la pratique clinique : Éléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate - Document à l'usage des professionnels de santé. Septembre 2004 (ANAES)

risque de pathologies cardio-vasculaires qui peuvent s'avérer graves. Lorsqu'elle est modérée, l'HTA entraîne un risque d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral de l'ordre de 15 à 20 %. Ce risque peut être porté à plus de 30 % en cas d'hypertension importante ou de facteurs de risques cardiovasculaires multiples (tabac, diabète, sédentarité)³³.

Pour diminuer le risque de voir se déclencher ces incidents cardio-vasculaires, la pression artérielle doit être abaissée grâce à des traitements appropriés. La totalité des patients est traitée, le plus souvent à vie et 20 % d'entre eux environ en tireront un bénéfice. Ce sont donc les essais portant sur ces critères cliniques de réduction prouvée du risque cardiovasculaire qui doivent guider les choix thérapeutiques.

Dans les faits, en dehors de l'étude IRDES précitée, les coûts liés à la prise en charge de l'hypertension artérielle, en prévention des accidents cardio-vasculaires sont regroupés dans les dépenses de soins, et non dans les coûts de la prévention.

L'hypertension artérielle représente un enjeu économique important pour l'industrie pharmaceutique. Six médicaments anti-hypertenseurs figurent parmi les 50 produits les plus vendus en officine. Entre 1997 et 2007 l'ensemble de la dépense consacrée aux médicaments anti-hypertenseurs a augmenté en valeur de près de 60 % pour atteindre un montant de 2,2 Md€³⁴.

La prise en charge de l'hypertension artérielle non compliquée est ainsi un exemple d'une action de prévention individuelle non organisée qui échappe à une évaluation qui permette d'en apprécier l'efficacité au regard des coûts importants pour la collectivité qu'elle génère.

33 Maria PASQUINELLI BALICE Cardiologie IFSI 2006 d'après OMS,ISH, Guidelines for the Management of Hypertension; Journal of Hypertension, 1999, 17:151-183.

34 En valeur de chiffre d'affaires des laboratoires.

En dépit des innovations introduites par la loi de santé publique de 2004, la politique de prévention sanitaire demeure un enchevêtrement de plans aux objectifs non hiérarchisés. S'il convient de veiller à ne pas considérer certains malades comme moins importants que d'autres ou à ne pas abandonner la prise en charge de certaines pathologies, l'introduction d'une culture médico-économique et de priorisation pourrait néanmoins être développée dans le champ de la santé publique en portant à la connaissance des décideurs les indicateurs DALY par pathologie ainsi qu'une évaluation des coûts de prévention associés.

Recommandation n° 4 : Mettre en pratique les recommandations du guide méthodologique produit par la DGS, lors de l'élaboration des plans de santé publique.

Recommandation n° 5 : Produire systématiquement une estimation ex ante des coûts complets envisagés pour la collectivité (y compris les dépenses pour l'assurance maladie, que ce soit au titre du FNPEIS ou des dépenses de soins) lors de l'élaboration des plans de santé publique.

Recommandation n° 6 : Associer systématiquement une étude de nature médico-économique (en € par QALY gagné) aux recommandations de bonne pratique en matière de prévention.

Chapitre III

L'insuffisance de pilotage de la politique et des acteurs de la prévention sanitaire

L'idée selon laquelle le développement de multiples réseaux d'acteurs institutionnels et associatifs proches de la population favorise la diffusion et l'appropriation des pratiques préventives est largement partagée. Toutefois la pluralité d'intervenants ne justifie pas de renoncer à l'optimisation de leur organisation. La situation actuelle se caractérise par la dispersion des compétences et des redondances ou ambiguïtés dans leur articulation, sans pilotage d'ensemble clairement établi.

Au niveau national interviennent à la fois plusieurs ministères, une multitude d'instances nationales de conseil et d'expertise aux compétences parfois mal coordonnées ainsi que les organismes d'assurance maladie (I). Au niveau territorial, l'organisation régionale est en mutation (II) et les conditions de l'action des associations sont parfois complexes (III). Enfin, la prise en compte des intérêts économiques interfère avec la politique de prévention sanitaire (IV).

I - Une organisation nationale dense

L'organisation nationale de la prévention souffre du cloisonnement ministériel et d'une insuffisante coordination des structures de conseil et d'expertise, les organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire développant de leur côté des initiatives qui leur sont propres.

A - Le cloisonnement ministériel

Ainsi qu'il a été dit précédemment, le champ de la prévention sanitaire comprend non seulement la prévention mise en œuvre dans le cadre du système de soins, mais aussi l'action sur les multiples déterminants de l'état de santé des personnes³⁵. Celle-ci relève de politiques publiques très différentes et distinctes de la seule politique de santé publique. De ce fait, la politique de prévention ne peut être de la compétence exclusive d'un département ministériel.

Au sein du ministère de la santé, la direction générale de la santé (DGS) est responsable à titre principal des politiques de prévention (article R.142-1 du CSP). Elle co-pilote certains plans avec la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la direction générale de la cohésion sociale (DGCS). En revanche, certains autres lui échappent, tel le plan « Solidarité grand âge » pour 2007-2010 qui relève de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS). La direction de la sécurité sociale (DSS) est un partenaire essentiel sur les questions de financement.

Le ministère de l'éducation nationale, a passé dans le cadre de sa mission de santé scolaire, un accord cadre en mars 2010 avec l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Il vise notamment à développer leur collaboration sur les actions de promotion de la santé en direction des enfants et adolescents scolarisés. En revanche, la convention signée le 17 juillet 2003 avec le ministère de la santé pour définir les principes, les objectifs, et les axes d'un travail en commun n'a pas été renouvelée.

Le ministère de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche, de la ruralité et de l'aménagement du territoire (MAAPRAT) participe au comité de pilotage du programme national nutrition santé (PNNS) et anime certains groupes de travail concernant la qualité des aliments. Les actions du programme 206 « sécurité et qualité sanitaire de l'alimentation » s'inscrivent dans la prévention des risques sanitaires liés à l'alimentation. Le MAAPRAT est par ailleurs en charge du pilotage de

35 L'OMS définit les déterminants de la santé comme les « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations ». La littérature propose plusieurs classifications de déterminants de santé. A titre d'exemple, l'institut canadien d'information sur la santé distingue douze principaux déterminants: le revenu et la situation sociale, les réseaux de soutien social, le niveau d'instruction, l'emploi et les conditions de travail, les environnements sociaux, les environnements physiques, le patrimoine biologique et génétique, les habitudes de vie et les capacités d'adaptation personnelles, le développement sain dans l'enfance, les services de santé, le sexe, la culture.

la nouvelle politique publique de l'alimentation définie par la loi n°2010-874 de modernisation de l'agriculture et de la pêche.

Le ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer (MEEDDM) est compétent en matière de déterminants de santé liés à l'environnement, même si le ministère en charge de la santé se voit confier des compétences à titre principal par le code de la santé publique, (salubrité des habitations, qualité de l'eau et de l'air, l'amiante, le radon...) Le comité de prévention et de précaution auprès du MEEDDM exerce ainsi une fonction de veille, d'alerte et d'expertise pour les problèmes de santé liés aux perturbations de l'environnement.

La plupart des plans environnementaux dont les mesures cherchent à améliorer l'état de santé de la population (qualité de l'air, habitat) sont co-pilotés par le ministère de l'écologie et parfois aussi par le ministère de l'agriculture (plan Ecophyto 2018 par exemple). Le plan national santé environnement (PNSE) est un plan interministériel co-piloté par le ministère de la santé, le ministère de l'écologie et le ministère du travail.

Au delà de ces co-pilotages à géométrie et à réalité très variables, le comité national de santé publique (CNSP), issu de la fusion entre le comité national de la sécurité sanitaire et le comité technique national de prévention et créé par la loi du 9 août 2004, a pour objectif de coordonner les actions et les financements de l'ensemble des acteurs institutionnels concernés par la mise en œuvre de la politique de santé publique³⁶.

Installé en septembre 2006, il réunit, outre la DGS, en fonction des sujets traités, les représentants des principaux autres directeurs d'administration centrale du ministère de la santé (DGOS, DSS, DGCS, DREES), les délégués ou présidents de certaines instances interministérielles (mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, délégation interministérielle à la ville, délégation interministérielle à la sécurité routière), le directeur général de l'UNCAM et les administrations suivantes : ministère de l'agriculture, ministère de la justice, ministère de l'éducation nationale et de la recherche, ministère du travail, ministère de l'écologie, ministère du budget, service de santé des armées.

36 Il a pour mission de coordonner l'action des différents départements interministériels de sécurité sanitaire et de prévention, d'analyser les événements susceptibles d'affecter la santé de la population, de contribuer à l'élaboration de la politique dans les domaines de la sécurité sanitaire et de la prévention et d'en examiner les conditions de financement. Le secrétariat du CNSP est assuré par la DGS.

Les principaux thèmes abordés dans la période récente ont été le plan cancer 2009-2013, le plan de prévention des accidents vasculaires cérébraux, les plans régionaux de santé au travail et programmes régionaux de santé publique, le plan de prévention des accidents de la vie courante, le deuxième PNNS 2006-2010, le plan 2008-2011 de lutte contre les drogues et les toxicomanies, le plan santé-environnement, le plan de lutte contre les hépatites, le plan antibiotiques, la santé des jeunes.

L'approche est ainsi restée thématique et fractionnée. Le CNSP a certes suggéré de créer un groupe de travail chargé de réfléchir à la meilleure prise en compte de la santé dans toutes les politiques publiques: envisagé en décembre 2008, il a suscité l'intervention devant le CNSP en mars 2009 d'un membre de l'IGAS. Ce point n'a plus été abordé lors des quatre séances ultérieures du CNSP.

Au total, la prise en compte de la prévention en santé dans la prise de décision publique s'effectue à travers le processus d'arbitrage interministériel classique. Le comité national de santé publique ne joue qu'un rôle faiblement déterminant. Chaque ministère intervient dans les politiques de prévention en santé selon une logique qui lui est propre et le pilotage global de ces politiques paraît insuffisant.

Certes, le rapport annexé à la loi de santé publique de 2004 dispose que les objectifs de santé publique valent pour tous les acteurs du système de santé et que les différentes politiques publiques devront y faire référence si elles ont des impacts sanitaires prévisibles. Toutefois, cette orientation n'a pas trouvé de formalisation ultérieure. La disposition, inscrite dans la loi constitutionnelle du 23 juillet 2008 prévoyant de faire apparaître la mesure de différents impacts prévisibles des réformes envisagées, cite les impacts économiques, financiers, sociaux et environnementaux sans mentionner celui sur la santé.

L'exemple du Québec : « La santé dans toutes les politiques »

Le Québec offre un exemple abouti d'application du principe de la santé dans toutes les politiques (« health in all policies »). La loi sur la santé publique de 2001, donne au ministre de la santé un pouvoir consultatif au sein du gouvernement sur toute question de santé publique et prévoit un devoir de consultation du ministre de la santé lors de l'élaboration des mesures législatives et réglementaires pouvant avoir un impact significatif sur la santé de la population.

Afin de renforcer la cohérence d'ensemble ainsi que l'efficacité du pilotage de la politique de prévention, il conviendrait de donner au directeur général de la santé les compétences de délégué interministériel à la prévention sanitaire.

B - Une multitude de structures nationales de conseil et d'expertise insuffisamment coordonnées

Le foisonnement d'instances consultatives et de structures d'expertise pose des problèmes récurrents d'articulation de compétences. Le besoin de coordination concerne aussi les différentes agences sanitaires intervenant dans le champ de la prévention.

1 - Les principales institutions de conseil et d'expertise en matière de prévention sanitaire

La Conférence nationale de santé (CNS) est un organisme consultatif placé auprès du ministre chargé de la santé, qui comprend 120 membres³⁷, répartis en huit collèges regroupant des représentants des malades et des usagers du système de santé, des représentants des professionnels de santé et des établissements de santé ou d'autres structures de soins et de prévention, des représentants des conférences régionales de la santé et de l'autonomie, des représentants des collectivités locales et de l'assurance maladie, des représentants des industries des produits de santé, des représentants d'organismes de recherche ainsi que des personnalités qualifiées.

La conférence nationale de santé vise à « permettre la concertation sur les questions de santé ». De fait, la conférence se conçoit comme un « Parlement de la santé », expression reprise officiellement dans le logo qui figure sur ses avis publics depuis janvier 2010. Elle a rendu sept avis sur saisine du gouvernement qui portent sur des projets de plans de santé publique (hépatites, maladie d'Alzheimer, santé-environnement, accidents vasculaires cérébraux, maladies rares).

Le positionnement de la conférence nationale de santé comporte une part d'ambiguïté : instance consultative représentative des différents acteurs du système de santé, elle est aussi conduite, dans ses avis, à émettre des recommandations qui relèvent par nature du domaine de l'expertise scientifique et technique. Pour se prononcer, elle est conduite à auditionner des experts, dont elle peut reprendre les conclusions, ce qui peut, à tort, la faire prendre pour une instance d'expertise.

37 Décret n° 2011-503 du 9 mai 2011.

L'intention de la loi du 9 août 2004 était en effet de distinguer la confrontation des points de vue de différentes « parties prenantes », qui relève de la conférence nationale de santé des fonctions d'expertise confiées au Haut conseil de la santé publique (HSCP).

Le Haut conseil de la santé publique (HSCP) est né de la fusion décidée par la loi du 9 août 2004 des missions du haut comité de santé publique et du conseil supérieur d'hygiène publique de France. Il se compose de personnalités qualifiées, principalement des médecins. Il cumule les missions d'évaluation de la loi de santé publique, de conseil aux pouvoirs publics et d'expertise en liaison avec les agences sanitaires. Pourtant, le Haut conseil présente la particularité d'être rattaché à la DGS, qui en assure le secrétariat général et décide de ses moyens budgétaires, au risque que son indépendance puisse être mise en doute.

Le rapport d'évaluation du Haut conseil par l'IGAS³⁸ conclut à la nécessité de réformer son fonctionnement et son organisation. Le collège de 24 membres qui dirige le HCSP est jugé trop important. Les six commissions spécialisées qui comptent 130 personnalités qualifiées ont un rôle inégal : selon l'IGAS, la commission « prévention, éducation et promotion de la santé » peine en particulier à trouver sa juste place.

Les compétences générales d'expertise et de conseil du HCSP posent des problèmes d'articulation avec d'autres instances.

Il en est ainsi en matière de politique vaccinale avec l'AFSSAPS³⁹. En effet, le comité technique des vaccinations (CTV), comité technique permanent dépendant d'une des commissions spécialisées du Haut conseil, propose des adaptations en matière de recommandations et d'obligations vaccinales pour la mise à jour du calendrier vaccinal⁴⁰. Il a pour mission d'élaborer la stratégie vaccinale en fonction des données épidémiologiques et d'études bénéfice-risque individuel et collectif et d'études médico-économiques relatives aux mesures envisagées. Les préconisations du CTV en matière de stratégie vaccinale peuvent poser des problèmes de cohérence avec les autorisations de mise sur le marché de l'AFSSAPS, comme par exemple pour le nombre de doses de vaccin à

38 IGAS. RM 2009-152P. Mission d'évaluation du Haut conseil de la santé publique. Janvier 2010.

39 IGAS. RM 2009-152P. Mission d'évaluation du HCSP. Janvier 2010.

40 Arrêté du 18 septembre 2007 relatif au comité technique des vaccinations.

administrer. Cette situation s'est produite dans le contexte de la pandémie H1N1⁴¹.

Le HCSP exerce par ailleurs des compétences qui sont proches, par certains aspects, de celles dévolues à la Haute autorité de santé (HAS), instituée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Le législateur a créé dans deux lois différentes, à quatre jours d'intervalle, deux instances d'expertise, le HCSP et la Haute Autorité de santé (HAS). La Haute Autorité de santé est une autorité publique indépendante à caractère scientifique à laquelle la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007⁴², modifiant l'article L.161-40 du code de la sécurité sociale (CSS), a attribué des compétences en matière de politique de prévention.

La définition des attributions respectives du HCSP et de la HAS est de nature à créer des conflits de compétences. Ainsi, le Haut conseil fournit « *aux pouvoirs publics, en liaison avec les agences sanitaires, l'expertise nécessaire à [...] la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention* », tandis la HAS est chargée « *d'évaluer la qualité et l'efficacité des actions ou programmes de prévention, notamment d'éducation pour la santé, de diagnostic ou de soins* »⁴³.

En matière de prévention primaire, la HAS a rendu un certain nombre d'avis, notamment sur l'efficacité, l'efficiencia et la prise en charge financière des stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique, les stratégies de prévention de la carie dentaire, la prévention de la toxoplasmose et de la rubéole au cours de la grossesse. Mais le comité technique des vaccinations qui élabore la stratégie vaccinale est rattaché au HCSP.

La HAS intervient davantage dans le domaine de la prévention secondaire, Elle a en particulier produit d'abondants travaux concernant les dépistages (cf. supra). Deux études sont en cours sur les stratégies de dépistage du cancer du col de l'utérus ainsi que sur la coexistence des dépistages organisé et individuel du cancer du sein. Mais un projet de création d'un comité technique permanent des dépistages rattaché à la commission « Prévention, éducation et promotion de la santé » du Haut conseil pourrait créer un conflit de compétence supplémentaire entre les deux instances.

41 La Cour a, déjà souligné le caractère peu lisible des rôles et compétences respectifs des différents comités (HCSP, CTV et Comité de lutte contre la grippe) qui sont intervenus dans la définition de la stratégie vaccinale contre la grippe A(H1N1).

42 LFSS n°2006-1640 du 21 décembre 2006, article 60, V,2°

43 Articles L. 1411-4, L.1417-1 et L.161-40,3° du CSS.

En matière de prévention tertiaire, la HAS réalise des recommandations et des guides à l'attention des patients pour la prise en charge de la maladie. Ils touchent en particulier à la prévention des complications.

En outre, la HAS est saisie de l'éducation thérapeutique du patient (ETP). Elle a d'ores et déjà publié en 2008 une analyse économique et organisationnelle de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques et un guide méthodologique intitulé « Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques ». La loi du 28 juillet 2009 relative à l'hôpital, aux patients à la santé et aux territoires (HPST) lui confie la mission l'évaluation des programmes d'ETP.

L'éducation thérapeutique du patient

Le développement des maladies chroniques ainsi que l'importance de l'éducation et de l'accompagnement du patient dans la prise en charge de ces pathologies ont conduit le législateur à définir un cadre pour ces actions au travers de l'article 84 de la loi HPST, relatif à l'éducation thérapeutique du patient. Celui-ci crée les articles L1161-1 à 6 du code de la santé publique (CSP) qui distinguent :

« l'éducation thérapeutique qui s'inscrit dans le parcours de soins du patient et a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie ;

« les programmes d'éducation thérapeutique du patient » conformes à un cahier des charges national, mis en œuvre au niveau local, après autorisation des agences régionales de santé ;

« les actions d'accompagnement » qui ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie.

Les programmes d'ETP sont définis par l'article L.1161-2 du CSP. Ils sont beaucoup plus encadrés au plan réglementaire que les actions d'accompagnement du patient. Ils sont coordonnés par un médecin ou, à défaut, un médecin est impliqué dans leur mise en œuvre.

Se fondant sur une analyse de la littérature, la HAS a conclu en 2008⁴⁴ que l'ETP semblait offrir des preuves scientifiques d'efficacité tant cliniques qu'économiques dans trois indications : le diabète de type 1, l'asthme de l'enfant et la cardiologie. L'impact observé est moins net pour les autres pathologies analysées.

Conformément aux recommandations de la HAS publiées en juin 2007⁴⁵, les programmes d'éducation thérapeutique doivent comprendre une séance individuelle d'élaboration du diagnostic éducatif, des séances d'éducation thérapeutique collectives ou individuelles, une séance individuelle d'évaluation des compétences acquises, ainsi qu'une coordination des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de la maladie chronique.

2 - Les agences sanitaires

Le ministère de la santé s'appuie sur une douzaine d'opérateurs nationaux spécialisés, aux statuts variés désignés sous le terme générique d'agences sanitaires. Parmi elles, comme le fait apparaître le tableau suivant, l'INPES et l'InVS développent des compétences transversales, l'INPES étant entièrement dédié à la prévention en santé. Les autres agences ont des compétences verticales ; ainsi, la prévention des risques liés aux produits, aux dispositifs ou organisations sanitaires relève de l'AFSSAPS, l'ANSES ou la HAS. L'INCa présente la particularité d'embrasser l'ensemble des compétences (prévention, politique de soins et recherche) propres à un groupe de pathologies.

44 HAS. 2008. Rapport d'orientation. L'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies chroniques. Analyse économique et organisationnelle.

45 Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques- HAS – juin 2007

**Tableau n° 8 : Principales compétences des agences
sanitaires en matière de prévention**

Agences	Dispositions relatives à la prévention	Statut
ABM	§ Promouvoir la qualité et la sécurité sanitaires dans son champ de compétence § Mettre en œuvre un suivi de l'état de santé des donneurs d'organes	EPA
AFSSAPS	§ Participer à l'application des lois et règlements relatifs à l'importation, aux essais, à la fabrication, à la préparation, à la distribution, au conditionnement, à la mise sur le marché et à la publicité des produits à finalité sanitaire destinés à l'homme et des produits cosmétiques § Evaluer les bénéfices et les risques liés à leur utilisation § Mettre en œuvre les systèmes de vigilance et préparer la pharmacopée	EPA
ANSES ⁴⁶	§ Assurer la sécurité sanitaire dans les domaines de l'environnement, du travail et de l'alimentation	EPA
EFS	§ Promouvoir le don du sang et les conditions de sa bonne utilisation § Dans le cadre de l'hémovigilance, transmettre des données relatives à la sécurité sanitaire des produits sanguins à l'AFSSAPS et des données épidémiologiques à l'InVS	EPA
EPRUS	§ Acquérir, fabriquer, distribuer et exporter des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires § Financer des actions de prévention des risques sanitaires majeurs	EPA
HAS	§ Recueillir auprès des médecins ou équipes médicales les déclarations des événements considérés comme porteurs de risques médicaux § Recommandations de santé publique (article L161 – 37 CSS), surtout développées en matière de prévention secondaire (dépistage) § Suivre les maladies chroniques (pour l'essentiel les 30 Guides patients des ALD – loi du 13 août 2004) § Evaluer les programmes d'éducation thérapeutique du patient (loi du 21 juillet 2009 – art L1162.40 CSP)	AAI

⁴⁶ L'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), résulte de la fusion de l'agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) et l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET). Elle a été créée en janvier 2010.

INCa	§ Développement des dépistages organisés § Promouvoir la prévention des risques de cancer	GIP
INPES	§ Mettre en œuvre les programmes de santé publique § Exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé § Emettre un avis à la demande du ministre chargé de la santé, ou des ministres concernés, sur tout outil et programme de prévention et de promotion de la santé § Assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire	EPA
INSERM	§ Encourager, entreprendre, développer, coordonner et organiser tous travaux de recherche ayant pour objectifs (...) la découverte et l'évaluation de tous moyens d'intervention tendant à prévenir, à diagnostiquer et à traiter les maladies ou leurs conséquences et à améliorer l'état de santé de la population	EPST
InVS	§ Surveiller et observer de manière permanente l'état de santé de la population par le recueil et le traitement de données épidémiologiques § Veille et vigilance sanitaire en vue de la connaissance et de la détection prospective des risques sanitaires	EPA

Source : DGS- Cour des comptes

L'institut national de prévention et d'éducation pour la santé
(INPES)

Créé en 2002, l'INPES a notamment pour missions d'« *exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé* » et à émettre « *un avis à la demande du ministre chargé de la santé, ou des ministres concernés, sur tout outil et programme de prévention et de promotion de la santé* ». La loi du 13 août 2004 lui a toutefois ajouté deux fonctions, parmi lesquelles celle qui consiste à mettre en œuvre, pour le compte de l'Etat et de ses établissements publics, les programmes de santé publique.

Placé sous la tutelle du ministère de la santé, cet établissement n'a pas de capacité d'auto-saisine et tous ses avis ne sont pas rendus publics alors même que cette absence de publicité n'est pas expressément prévue par les textes. Ainsi, en matière de lutte contre le tabagisme, alors que l'INPES dispose de toute l'expertise scientifique nécessaire pour rendre, de sa propre initiative, des avis sur l'augmentation des prix du tabac, aucun avis de l'INPES sur l'impact de l'évolution du prix du tabac n'est disponible.

Par ailleurs, la Cour, lors du contrôle réalisé en 2007 sur l'INPES, avait souligné que l'immixtion du ministère dans la mise en œuvre des actions de prévention ne répondait pas à la répartition des compétences entre la tutelle et un opérateur. Une critique voisine a été formulée par l'IGAS en 2009. « *La fonction communication de l'INPES n'est, en tout état de cause, pas clairement distincte de la communication gouvernementale* ». « *La liste des campagnes de communication entreprises et leurs modalités ne font (...) pas apparaître de lien direct avec les études ou la veille menées par l'INPES d'une part, avec les données épidémiologiques disponibles d'autre part* ».

Les objectifs retenus dans son programme de travail ne sont pas hiérarchisés à l'image du mode de définition des objectifs de santé publique par son administration de tutelle. Cette lacune se traduit notamment par une disproportion entre les moyens affectés à la prévention de certains risques et le niveau de morbidité et mortalité évitables qui leur est associé. L'IGAS soulignait ainsi en 2009 des déséquilibres et notamment l'importance des moyens consacrés à la prévention du sida et des maladies sexuellement transmissibles par rapport à ceux consacrés à d'autres problématiques de santé : « *le budget primitif 2009 lui alloue ainsi plus de 25 millions d'euros, soit plus du quart des dépenses d'intervention (97 millions d'euros). La prévention relative à l'alcool bénéficie de cinq fois moins de crédits (5,3 millions d'euros)* »⁴⁷.

47 IGAS. Contrôle de l'institut national de prévention en santé. Décembre 2009.

**Tableau n° 9 : Répartition des dépenses de l'INPES par
pathologie ou risque**

	Dépenses 2009		Dépenses prévues pour 2010	
	M€	% du total	M€	% du total
VIH-sida et « santé sexuelle »	24,4	23,4 %	24,5	25,1 %
Jeunes et accidents de la vie courante	14	13,4 %	9,5	9,7 %
Tabac	9,6	9,2 %	10,4	10,7 %
"Processus" Politiques de santé publique	9,1	8,7 %	9,7	9,9 %
Nutrition et activités physiques	9,1	8,7 %	9,8	10,0 %
Alcool	4,0	3,8 %	5,1	5,2 %
Maladies cardio-vasculaires	0,2	0,2 %	0,0	0,0 %
Cancer	0,1	0,1 %	0,1	0,1 %
Total des dépenses d'intervention	104	100,0 %	97,6	100,0 %

Source : Rapport de l'ordonnateur au conseil d'administration du 31 mars 2010- Budget primitif 2010 (CA 12 novembre 2009)

Enfin, alors que l'INPES met en œuvre, pour le compte de l'Etat et de ses établissements publics, les programmes de santé publique⁴⁸, la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) « anime et coordonne les actions de l'Etat en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie, en particulier dans les domaines de l'observation et de la prévention ... »⁴⁹. Le champ de recouvrement des compétences a été réduit par le transfert à l'INPES des crédits de communication de la MILDT en 2008, mais n'a pas disparu⁵⁰. Il traduit la difficile articulation entre un institut aux compétences transversales en matière de prévention et des structures compétentes sur des risques bien définis, comme aussi l'INCa en matière de prévention des cancers.

⁴⁸ Article L.1417-1 du CSP.

⁴⁹ Article R. 3411-13 du CSP.

⁵⁰ IGAS. RM2009-117P. Contrôle de l'INPES. Décembre 2009.

L'institut national du cancer (INCa)

Créé sous forme de groupement d'intérêt public (GIP) par la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, l'Institut national du cancer (INCa) est chargé de « *coordonner les actions de lutte contre le cancer* »⁵¹. Comme le mentionnait la Cour dans son rapport sur la mise en œuvre du plan cancer⁵², c'est la première fois qu'un opérateur de l'Etat conjugue, pour une seule famille de pathologies, prévention, politique de soins et recherche.

L'INVS et les autres organismes d'observation en santé et de recherche

L'observation de la santé a connu en France un développement important depuis vingt ans. La connaissance détaillée de l'état de santé de la population et de ses facteurs est une condition préalable essentielle à la définition et surtout à la hiérarchisation des priorités de santé publique et donc de prévention.

L'Institut national de veille sanitaire (INVS) a notamment pour missions la surveillance et l'observation permanentes de l'état de santé de la population d'une part, la veille et la vigilance sanitaires d'autre part. Au titre de la première mission, il participe au recueil et au traitement de données sur l'état de santé de la population à des fins épidémiologiques (par exemple, l'évaluation des programmes nationaux de dépistage des cancers en s'appuyant notamment sur des correspondants publics et privés faisant partie d'un réseau national de santé publique). Au titre de la seconde, l'institut est chargé de rassembler, analyser et actualiser les connaissances sur les risques sanitaires, leurs causes et leur évolution, de détecter de manière prospective les facteurs de risque susceptibles de modifier ou d'altérer la santé de la population, d'étudier et de répertorier, pour chaque type de risque, les populations les plus fragiles ou menacées.

Les compétences de l'INPES et de l'INVS se recoupent en partie. L'INPES a notamment pour mission de constituer un réseau national documentaire spécialisé sur les théories et pratiques relatives aux domaines de la prévention et de la promotion de la santé ; il exerce de façon générale une fonction d'expertise. Au titre de sa mission de surveillance et d'observation permanente de l'état de santé de la population, l'INVS est chargé de rassembler, analyser et actualiser les connaissances sur les risques sanitaires, leurs causes et leur évolution ; de détecter de manière prospective les facteurs de risque susceptibles de

51 Article L.1415-2 du CSP.

52 Cour des comptes, rapport public thématique, « La mise en œuvre du plan cancer », juin 2008.

modifier ou d'altérer la santé de la population ou de certaines de ses composantes, de manière soudaine ou diffuse ; d'étudier et de répertorier, pour chaque type de risque, les populations les plus fragiles ou menacées.

Enfin, les organismes de recherche, notamment médicale, comme l'Institut national de santé et de la recherche médical (INSERM), le Centre national de recherche scientifique (CNRS), l'Institut Pasteur ou encore l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS), participent de la conduite des politiques de prévention. Il est toutefois difficile de déterminer le périmètre précis de leur contribution. A titre d'exemple, l'ANRS a pour missions, outre la recherche fondamentale et clinique, la recherche vaccinale et la recherche en santé publique et en sciences sociales dont l'un des buts est de contribuer aux stratégies de prévention.

3 - Une coordination limitée

Un comité d'animation du système d'agences (CASA) réunit tous les deux mois depuis mai 2008 les 11 opérateurs nationaux des politiques de prévention et de sécurité sanitaire sous la présidence du directeur général de la santé. Ce dispositif a permis certains progrès.

L'INPES, l'INCa, la HAS et l'INVS ont conclu des accords cadres visant à établir ou renforcer leur collaboration dans leurs champs communs de compétences complétés dans certains cas par des plans annuels d'actions communes. L'INCa et l'INPES se sont ainsi répartis les rôles en matière de stratégie de prévention et notamment de communication de manière pragmatique : l'INCa prend en charge la stratégie de mise en œuvre du dépistage du cancer, de sa qualité, l'INPES conduit la stratégie relative à l'action sur les déterminants de santé comme l'alcool, le tabac la sédentarité, le risque solaire.

Des experts de l'INPES ont participé au groupe de travail de la HAS sur le dépistage généralisé du sida. Plus généralement, les thèmes d'action communs entre l'INPES et la HAS ont été relatifs à la rédaction de recommandations sur la prévention du surpoids et de l'obésité, sur les compétences en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique, sur le comité consultatif de formation en éducation pour la santé, sur la consultation de tabacologie, sur la prévention de la carie dentaire et sur la périnatalogie.

Cette coordination reste cependant empirique, animée grâce à la bonne volonté de chacun, aux nombreuses participations et représentations croisées dans les instances et réunions, aux relations personnelles.

Par ailleurs, la DGS ne s'appuie pas uniquement sur le réseau d'agences et le Haut conseil de la santé publique pour répondre à ses besoins d'expertise et d'appui scientifique. Elle a créé des groupes de travail ad hoc à l'existence plus ou moins continue, comme par exemple, dans le domaine des maladies transmissibles, la cellule d'aide à la décision méningocoque ou le groupe d'experts VIH⁵³.

Cette démultiplication des lieux d'expertise, d'appui et d'évaluation, ne peut que contribuer à la difficulté de hiérarchisation des objectifs et des priorités déjà relevée.

C - Le rôle propre de l'assurance maladie

L'assurance maladie cofinance avec l'Etat des programmes de santé publique, mais développe aussi des programmes de prévention et des modalités d'action qui lui sont propres.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a donné une impulsion nouvelle à ces actions. Elle prévoit notamment la coordination des soins par le médecin traitant et la possibilité pour l'assurance maladie de développer l'information des assurés, c'est-à-dire de les sensibiliser à la nécessité de prévenir les maladies et leur complications.

1 - Le régime général

Depuis 2004, la CNAMTS a réorienté sa politique de prévention vers trois objectifs :

- la définition de programmes pluriannuels et l'abandon des actions ponctuelles qui ne touchaient les populations qu'une seule fois ;
- l'inscription de la prévention au cœur du dispositif du médecin traitant, qui doit être le coordonnateur des soins y compris préventifs et l'interlocuteur privilégié des assurés ;

53 IGAS. RM2009-152P. Mission d'évaluation du Haut conseil de la santé publique. Janvier 2010.

- la priorisation des programmes de prévention, en privilégiant la recherche d'efficience à la fois sur le plan de l'évolution des dépenses et de l'impact de santé publique.

Des programmes désormais pluriannuels

Les programmes de prévention de la CNAMTS s'inscrivent désormais dans la durée et trouvent leur fondement dans les objectifs définis par la loi du 9 août 2004 et les différents plans nationaux de santé publique comme dans les priorités discutées avec l'Etat dans la convention d'objectifs et de gestion (COG) et dans les négociations avec les professionnels de santé.

Les actions financées par le FNPEIS ont ainsi dans la période récente porté sur la mise en œuvre et le financement du dépistage organisé des cancers, de la prévention bucco-dentaire ou de la politique vaccinale, ainsi que sur les activités des centres d'examen de santé, notamment dans le cadre des bilans de santé en faveur des populations éloignées du système de santé (cf supra) ainsi que la mise en place d'une expérimentation d'éducation thérapeutique du patient en offre de service aux médecins traitants. Les actions spécifiques qui avaient été retenues prioritairement par la COG 2006-2009, en vue d'une inscription dans le dispositif conventionnel avec les médecins étaient l'obésité des jeunes, les maladies cardio-vasculaires de l'adulte, les facteurs de risque en début de grossesse, le dépistage du cancer du sein pour les femmes de plus de 50 ans, les risques iatrogènes liés à la surconsommation de médicaments chez les personnes âgées.

La COG 2010-2013 reprend certains thèmes de la COG précédente tels le dépistage des cancers ou la prévention des pathologies infectieuses aiguës notamment par la vaccination antigrippale ou la vaccination ROR. Elle y ajoute en particulier la prévention des complications liées aux pathologies chroniques ainsi que des programmes dédiés à certaines populations comme les dépistages néonataux, la prévention bucco-dentaire chez les enfants et adolescents, ou des facteurs de risque liés à la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées.

Les thèmes résultant des négociations avec les professionnels de santé sont identiques à ceux de la COG. Dans l'avenant n° 12 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes de mars 2006, les parties signataires ont ainsi convenu de la nécessité d'engager progressivement les médecins traitants dans des programmes de prévention, en priorité sur les 5 thèmes que sont la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées, le cancer du sein,

les facteurs de risque pour la femme enceinte, les risques cardiovasculaires, en premier lieu le diabète et l'obésité chez les jeunes. La convention nationale des chirurgiens dentistes de 2006 prévoyait pour sa part d'améliorer l'ancien dispositif de prévention bucco-dentaire mis en place en 1997 par un ciblage sur les enfants ou adolescents âgés de 6,9, 12, 15 et 18 ans.

Le médecin traitant et le contrat d'amélioration des pratiques individuelles

De nombreux facteurs concourent à la faible implication de la médecine libérale au développement de la prévention. Les outils mis en œuvre par l'assurance maladie pour faire évoluer cette situation sont récents.

La médecine libérale en France s'exerce dans le cadre d'une relation individuelle avec le patient, éloignée de l'approche populationnelle de santé publique. En outre, l'activité préventive peut apparaître au corps médical comme moins gratifiante que le soin. Elle produit des effets moins visibles ; elle tend également à minorer le rôle du corps médical en faisant appel à d'autres professionnels. En 2003, l'IGAS relevait que le rôle et la formation en prévention des médecins étaient mal appréhendés. « *Ni leur formation ni leurs conditions d'exercice ne permettent aux médecins de s'investir pleinement dans la prévention ; la complexification des actions préventives requiert des stratégies globales qui ne sont possibles qu'avec le concours d'un grand nombre d'acteurs et de professionnels différents, parmi lesquels le médecin, ou même le professionnel de santé, conserve une légitimité et un rôle majeur mais non forcément prédominant* ».

Par ailleurs, l'efficacité d'une politique de prévention dépend notamment de sa persistance dans le temps : elle nécessite un suivi ou un accompagnement des individus sur une période longue. Les maladies chroniques, qui représentent l'essentiel de la pratique médicale actuelle, sont séquentielles et multifactorielles. Elles évoluent selon plusieurs étapes biologiques, puis cliniques, sur une période souvent longue et peuvent être déterminées par des facteurs tels que le tabagisme ou la sédentarité. La prévention appelle ainsi un accompagnement du patient sur le moyen ou long terme et ne peut se résumer à un acte ponctuel. Même la prévention des risques infectieux à travers la vaccination nécessiterait en principe le suivi par le médecin traitant des vaccinations de son patient au regard du calendrier vaccinal. Le règlement à l'acte est ainsi peu adapté aux pratiques médicales préventives.

Enfin, la multiplicité des objectifs de santé publique et leur absence de hiérarchisation ne donnent pas au médecin traitant d'orientation précise sur les priorités de prévention sanitaire: or le médecin généraliste ne peut aborder tous les sujets au cours d'une ou plusieurs consultations.

En fonction de ces constats, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a autorisé les organismes locaux d'assurance maladie à proposer aux médecins conventionnés et aux centres de santé d'adhérer à un contrat comportant des engagements individualisés qui peuvent notamment porter sur des actions de dépistage et de prévention⁵⁴. Elle a également prévu la possibilité de mener des expérimentations portant sur de nouveaux modes de rémunération qui complètent le paiement à l'acte ou s'y substituent⁵⁵.

En application de ces dispositions⁵⁶, la CNAMTS a proposé depuis juin 2009 aux médecins traitants libéraux conventionnés qui le souhaitent de s'engager dans une action de santé publique à l'échelle de leur patientèle en signant avec le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie un contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) qui comprend notamment un volet « prévention, suivi des pathologies chroniques »⁵⁷ dont les thèmes et les objectifs⁵⁸ sont récapitulés dans le tableau ci après.

54 Article 43 de la LFSS pour 2008. Article L162-12-21 du CSS.

55 Article 44 de la LFSS pour 2008.

56 Décision du 9 mars 2009 de l'UNOCAM relative à la création d'un contrat type d'amélioration des pratiques à destination des médecins libéraux conventionnés.

57 L'autre volet concerne l'optimisation des prescriptions

58 Les thèmes retenus sont ceux figurant dans la convention médicale. Les objectifs de vaccination contre la grippe saisonnière et de dépistage de cancer du sein sont ceux qui ont été définis dans la loi de santé publique de 2004. Les objectifs en matière de prévention du risque d'iatrogénie médicamenteuse sont conformes aux avis de la HAS.

**Tableau n° 10 : Indicateurs et objectifs du champ
« prévention-suivi des pathologies chroniques » du CAPI**

Thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible
Grippe saisonnière	Part dans la patientèle de patients âgés d'au moins 65 ans vaccinés	71 %	75 %
Cancer du sein	Part dans la patientèle de patientes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'une mammographie dans les deux ans	73 %	80 %
Prévention risques de Iatrogénie	Part des patients de 65 ans et plus traités par vasodilatateurs	9 %	7 %
	Part des patients de 65 ans et plus traités par des benzodiazépines à demi-vie longue (anxiolytiques ou hypnotiques dont l'élimination est plus longue)	9 %	5 %
Diabète	Part des patients diabétiques ayant 3 ou 4 dosages d'hémoglobine glyquée par an	55 %	65 %
	Part des patients diabétiques ayant eu un examen ophtalmologique (fond d'œil) par an	52 %	65 %
	Part des patients diabétiques (hommes de plus de 50 ans et femmes de plus de 60 ans) traités par antihypertenseurs et statines	65 %	75 %
	Part des patients diabétiques traités par antihypertenseurs, statines et aspirine à faible dose	55 %	65 %
Hypertension artérielle	Part des patients traités par antihypertenseurs ayant normalisé leur pression artérielle (< 140/90)	40 %	50 %

Source : décision du 9 mars 2009 de l'UNOCAM. Annexe 1 au contrat type

L'assurance maladie verse au médecin, à chaque date d'anniversaire du contrat, une contrepartie financière qui tient compte de la progression et de l'atteinte des objectifs du contrat sur l'année écoulée⁵⁹. En cas d'atteinte de tous les objectifs, la contrepartie financière s'élève à 5 600 € annuels pour une patientèle de 800 personnes.

En avril 2011, 16 000 médecins, soit plus d'un tiers des médecins traitants éligibles⁶⁰, avaient choisi de signer un tel contrat.

⁵⁹ La contrepartie financière, quand la moyenne des taux de réalisation pour chacun des deux champs est supérieure à 25 %, est égale à 7€ par patient multiplié par le taux de réalisation moyen.

⁶⁰ Tous les médecins traitants n'étaient pas éligibles, pour des raisons liées à la nature ou au volume de leur activité.

Ce dispositif reste cependant perfectible. D'une part, les objectifs fixés à chaque médecin correspondent aux données épidémiologiques nationales et ne sont pas spécifiquement adaptés aux caractéristiques de la patientèle du médecin signataire ; d'autre part, il n'existe pas de moyen de vérifier la corrélation entre les résultats et les bonnes pratiques (par exemple si les 65 % ou 75 % de patients diabétiques traités par antihypertenseurs et statines ont bien un problème d'hypercholestérolémie). Il est prématuré à ce stade de conclure sur son impact en matière de prévention.

La nouvelle convention médicale signée le 26 juillet 2011 entre les syndicats de médecins et l'assurance maladie porte la même ambition d'un renforcement de l'engagement des médecins libéraux dans les programmes de prévention, qu'il s'agisse des actions de dépistage des cancers, de la vaccination ou de la prescriptions de certains médicaments.

Des indicateurs de qualité de la pratique médicale sont définis dans le champ de la prévention. Ils sont plus nombreux et plus détaillés que dans le CAPI puisqu'ils distinguent ainsi pour la vaccination antigrippale les patients de plus de 65 ans de ceux de 16 à 64 ans en ALD. Cette implication sera reconnue et valorisée individuellement dans le cadre de la rémunération à la performance prévue par la convention. Pour chaque thème d'indicateur et par indicateur est attribué un nombre de points, soit au titre de la prévention 250 points sur un total de 1300 correspondant à un taux de réalisation de 100 %. Ce dispositif doit entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2012 et ne pourra commencer à être évalué qu'à compter de 2013.

Tableau n° 11 : Points associés aux indicateurs de prévention et de santé publique dans la convention médicale du 26 juillet 2011

Vaccination anti grippale des 65 ans et plus	20
Vaccination antigrippale des 16 à 64 ans en ALD	20
Vasodilatateurs	35
Benzodiazépines à demi longue vie	35
Durée de la prescription des benzodiazépines	35
Dépistage cancer du col de l'utérus	35
Usage pertinent de l'antibiothérapie	35
Dépistage du cancer du sein	35

Source : convention médicale du 26 juillet 2011

Une recherche d'efficience

L'action de la CNAMTS s'inscrit dans une double logique de santé publique et de maîtrise de la dépense. La caisse nationale développe des actions ayant un impact positif sur la santé de catégories particulières d'assurés. En ce sens, elle se situe dans une démarche populationnelle reposant sur un ciblage de certains risques et, au sein de ces risques, d'une catégorie de population donnée. Elle promeut également des actions ayant un impact sur l'évolution des dépenses de santé, sans que des économies nettes soient toutefois systématiquement recherchées, la prévention devenant, dans ce contexte, un élément de la gestion du risque maladie. Ces orientations ont notamment trouvé un point d'application dans des actions de prévention tertiaire désormais reconnues par le code de la santé publique.

Si la CNAMTS indique que le lancement de programmes de prévention s'accompagne toujours d'évaluations ex ante de l'impact médico-économique potentiel, aucune étude de ce type n'a cependant été transmise à la Cour.

La caisse nationale a entrepris deux actions complémentaires en faveur des patients diabétiques, d'une part une expérimentation d'actions d'accompagnement à distance des patients avec le programme SOPHIA d'autre part un programme d'ETP dans 21 centres d'examen de santé.

SOPHIA, expérience de « disease management »

Le « disease management » s'est développé aux Etats-Unis à partir du milieu des années 1990 dans le but de contribuer à la maîtrise des dépenses de santé. Le modèle le plus commun d'intervention est fondé sur des appels téléphoniques des professionnels de santé, essentiellement des infirmières, destinées à promouvoir des recommandations de bonne pratique. Les entreprises prestataires de « disease management » revendent des retours sur investissement à brève échéance (12 à 18 mois après le début de la mise en œuvre).

En application de la LFSS pour 2007⁶¹, la CNAMTS a lancé en mars 2008 dans dix départements à titre expérimental un service d'accompagnement à distance, dit de « disease management » dénommé SOPHIA, auquel les personnes diabétiques peuvent adhérer sur la base du volontariat. Ce programme vise une meilleure prise en charge des personnes afin d'améliorer leur état de santé et d'optimiser les coûts de prise en charge.

Ce service comprend :

- l'accès à des informations visant à donner les moyens aux adhérents de mieux vivre avec leur diabète : des livrets thématiques « Repères » envoyés par courrier, un journal trimestriel « Sophia et vous », un site Internet ;

- un accompagnement téléphonique personnalisé en fonction des besoins de chaque adhérent. L'accompagnement est assuré par des infirmiers. L'objectif du suivi personnalisé consiste à informer, accompagner et donner les moyens à l'adhérent de comprendre sa maladie et de l'aider à agir pour améliorer sa santé et sa qualité de vie.

Le médecin traitant est informé de la liste de ses patients éligibles ; il participe à l'évaluation annuelle de l'état de santé du patient adhérent en complétant un questionnaire médical. Les médecins traitants sont rémunérés pour leur participation à ce programme, sur la base d'un forfait annuel par patient adhérent (44 € la première année, 22 € les suivantes).

Au 7 mars 2011, SOPHIA comptait près de 103 000 adhérents dans les 19 départements⁶² où le service est expérimenté. 15 000 médecins traitants ont au moins un patient éligible dans leur patientèle et 86 % d'entre eux ont au moins un patient adhérent.

61 L'article 91-II de la LFSS pour 2007 dispose que « les caisses nationales d'assurance maladie peuvent mettre en place des programmes d'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques visant à leur apporter des conseils en terme d'orientation dans le système de soins et d'éducation à la santé ».

62 L'expérimentation a été étendue à la Réunion en septembre 2009.

L'objectif de la CNAMTS était de proposer un programme d'accompagnement « de masse » s'adressant à l'ensemble des 2,5 millions de patients diabétiques. Elle souhaitait faire procéder avant à une évaluation médico-économique de l'expérimentation par un organisme indépendant. En effet, en dépit des analyses américaines, la rentabilité financière à court terme du « disease management » n'est pas certaine. Ce n'est d'ailleurs pas pour ce motif principal que la CNAMTS l'a développé. Il semble en revanche admis que ces interventions puissent être bénéfiques à long terme pour la santé en réduisant les complications attribuables à ces pathologies chroniques. Toutefois, sans attendre les résultats de cette évaluation, la ministre de la santé a annoncé le 1^{er} octobre 2009 la généralisation de ce programme d'accompagnement.

2 - Les autres régimes d'assurance maladie obligatoire : l'exemple de la MSA

La MSA conduit un programme national de prévention, financé par le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires des professions agricoles (FNPEISA) à hauteur de 54,7 M€ en 2010, et conforme aux orientations fixées par la COG 2006-2010. Ce programme comprend quatre groupes d'actions :

- des examens de santé, dénommés « Instants Santé » et leurs actions de suite ;
- les actions impulsées par l'Etat, relatives notamment aux campagnes de dépistage des cancers, campagnes de vaccination et dispositifs de prévention buccodentaire ;
- les dotations destinées au financement de dépenses d'intervention des agences régionales de santé (ARS) et à la mise en œuvre des plans institutionnels de la MSA et des actions d'initiative locale ;
- les actions d'accompagnement, d'études et de recherche (moins de 1 % du FNPEIS).

Les « instants santé » constituent l'un des programmes de prévention les plus importants de la MSA. Il consiste depuis 2008 à proposer aux assurés du régime âgés de 16 à 74 ans six examens de santé au cours de leur vie. Les risques qu'il s'agit de prévenir sont variables selon la classe d'âge concernée :

- pour les assurés âgés de 16 à 24 ans, les troubles du comportement, les conduites à risque, les infections sexuellement transmissibles ;
- pour les assurés âgés de 25 à 34 ans comme ceux âgés de 34 à 44 ans, les risques cardio-vasculaires ;
- pour les assurés âgés de 45 à 54 ans comme ceux âgés de 55 à 64 ans, les risques cardio-vasculaires et le dépistage des cancers ;
- enfin pour les assurés âgés de 65 à 74 ans, les facteurs de risque de dépendance et le dépistage des cancers.

De manière générale, l'efficacité des consultations de prévention dédiées n'est toutefois pas prouvée. La MSA a cependant fait le choix de s'appuyer sur le médecin traitant de l'assuré et de cibler les consultations sur certains risques spécifiques ; par ailleurs, l'examen des données issues des examens de santé a permis de détecter dans la population agricole des carences en matière de vaccination antitétanique et de prévention d'incontinence urinaire chez la femme, qui justifient la mise en place d'actions spécifiques.

Les consultations de prévention dédiées : un bilan très mitigé

Le Haut conseil de la santé publique en 2009 a recensé une vingtaine de consultations périodiques de prévention, de forme très variable :

-les bilans de santé proposés par les régimes d'assurance maladie : les consultations dans les centres d'examen de santé, les consultations de prévention organisées par la MSA et le RSI ;

-le dispositif conventionnel « médecin traitant et prévention » : engagements des avenants n°12 et 13 à la convention médicale sur les thèmes prioritaires de santé publique (dépistage cancer du sein, iatrogénie médicamenteuse, vaccination antigrippale etc.) ;

-les examens périodiques durant la grossesse et les examens de santé de l'enfant de moins de six ans ;

-les consultations de prévention prévues par la loi du 9 août 2004 ou à travers certains plans ministériels : les enfants de 12-13 ans, les jeunes, les jeunes seniors, les plus de 70 ans;

-les consultations de prévention expérimentées sur des territoires et/ou auprès de populations limitées⁶³.

Comme le relève le Haut conseil, il est communément admis qu'effectuer un bilan de santé, chez un sujet apparemment sans pathologie, serait une manière efficace de prévenir les maladies. Cette approche est de plus en plus remise en cause par les spécialistes.

La Cour a examiné l'évaluation par la CNAMTS de la consultation « entretien de prévention des enfants âgés de 12/13 ans » et celle du Haut conseil de la santé publique sur l'intérêt des consultations de prévention dans les programmes de prévention.⁶⁴

L'évaluation par la CNAMTS a montré des résultats décevants⁶⁵ car la plupart des jeunes de cette tranche d'âge ont un contact avec le médecin et ceux qui sont éloignés du système de soins participent finalement assez peu à une campagne de consultation de prévention. Le recours à la médecine scolaire serait, selon certains interlocuteurs rencontrés, plus efficace et égalitaire : il permettrait de toucher l'ensemble d'une classe d'âge, y compris les enfants qui n'ont pas accès habituellement au médecin notamment à titre préventif.

Le Haut conseil a conclu pour sa part qu'il existe de très faibles éléments de preuve concernant l'intérêt d'une consultation périodique de prévention dédiée.

Une autre action de prévention importante consiste en la mise en place, dans le cadre du plan institutionnel de la MSA de lutte contre la précarité, d'un « parcours de prévention pour les personnes en situation de précarité ». Celui-ci repose notamment sur un bilan de santé, dans le but de faciliter leur accès aux soins et à la prévention et de dépister et contribuer à la prise en charge précoce des facteurs de risques et des pathologies éventuelles. La détection et l'accompagnement des personnes en situation de précarité nécessitent un important investissement de la part de nombreux acteurs, parmi lesquels les travailleurs sociaux,

63 Consultation de prévention Prévadiès-MGEN-UGIM-LMDE, programme de prévention des maladies cardio-vasculaires (MCV) « Prévarance », expérimentation des attachées d'information de santé, consultation de prévention MCV dans la région Centre, expérimentation par le système EsPeR, Logiciel « plan de prévention personnalisé », consultation de prévention en Poitou-Charentes, réseau de santé pour les étudiants d'Aix-en-Provence, consultation en milieu étudiant parisien.

64 Haut conseil de la santé publique. Consultations de prévention. Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement. Mars 2009.

65 CNAMTS-DPREV. Avril 2008. Consultation des 12-13 ans. Bilan de l'expérimentation 06-07.

médecins conseils et médecins traitants. En 2009, près de 700 personnes ont ainsi bénéficié d'un bilan de santé.

3 - L'intervention des organismes d'assurance maladie complémentaire

Les organismes d'assurance maladie complémentaire - mutuelles, sociétés régies par le code des assurances et institutions de prévoyance - participent à des titres divers à des actions de prévention sanitaire. Si certaines dispositions rendent obligatoires leur participation, certaines de leurs interventions s'inscrivent dans un cadre purement volontaire, comme le montre l'exemple des mutuelles ou des sociétés d'assurances.

Les contrats responsables

La loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004 (article 57) subordonne le bénéfice d'exonérations fiscales et sociales sur les contrats d'assurance complémentaire santé à l'interdiction totale ou partielle de prise en charge de certaines dépenses, mais aussi à l'obligation de prise en charge totale ou partielle de prestations, parmi lesquelles deux prestations de prévention au moins⁶⁶. La liste de ces prestations, déterminée par arrêté du 8 juin 2006, comprend le scellement des sillons et le détartrage dans le domaine dentaire, le bilan orthophonique du langage chez l'enfant de moins de 14 ans, les vaccinations, le dépistage de l'hépatite B, l'ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, le dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans.

Selon la fédération nationale de la mutualité française (FNMF), la prise en charge du ticket modérateur de ces prestations de prévention est assurée très fréquemment de manière « mécanique ». En effet, les garanties les plus courantes, qui prennent en charge le ticket modérateur des actes d'auxiliaires médicaux, des médicaments, des actes de radiologie et des soins dentaires, couvrent de fait les actes de prévention des contrats responsables.

Les actions de prévention des mutuelles

Outre les prestations de prévention prises en charge dans le cadre des contrats responsables, les mutuelles conduisent des actions de prévention propres ou coordonnées avec d'autres structures.

⁶⁶ Décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005

La Mutualité française, qui couvre environ 38 millions de bénéficiaires, et présente un chiffre d'affaires en 2009 de 17 Md€ finance à hauteur de 4 M€ à travers un fonds national de prévention les actions des unions régionales mutualistes⁶⁷. Selon la FNMF, les unions régionales consacrent en sus de ce financement environ 10 M€ à la prévention, dont la moitié provient de financeurs externes (institutionnels ou associatifs).

Certaines mutuelles ont choisi de créer des prestations de prévention sur des actes ou produits non remboursés par la sécurité sociale, comme par exemple le sevrage tabagique (en sus des forfaits de prise en charge par la sécurité sociale), la nutrition (consultation diététique), les vaccins non remboursés, la contraception non remboursée. Ainsi, la FNMF a mis en place le programme « priorité santé mutualiste », qui offre notamment aux adhérents un programme d'aide au sevrage tabagique, un accompagnement diététique personnalisé, un programme d'orientation et de conseil sur l'alcool.

La Mutualité française mène aussi une expérimentation sur l'accompagnement des personnes souffrant ou présentant des risques d'hypertension, en partenariat avec le régime général. Pour leur part, quatre mutuelles⁶⁸ ont mis en place une expérimentation dans quatre départements lorrains consistant à proposer à leurs adhérents présentant des facteurs de risque cardiovasculaire une consultation de prévention effectuée par le médecin traitant⁶⁹.

La FNMF et l'INPES ont signé en 2008 un accord prévoyant des actions de réflexion commune et de coopération. La MGEN et l'INPES ont conclu un accord-cadre pour 2010-2013 visant notamment à développer la promotion de la santé en milieu scolaire et universitaire.

Le bilan financier de ces actions de prévention n'est pas connu. Aucune information n'est disponible sur le montant du financement des actions et les remboursements de prestations de prévention par les mutuelles.

67 Celles-ci portent notamment sur le cancer, les maladies cardiovasculaires, le maintien de l'autonomie, les addictions, la santé environnementale, l'activité physique et sportive, l'éducation thérapeutique.

68 Prévadiès, MGEN (mutuelle générale de l'éducation nationale), LMDE (mutuelle des étudiants) et l'UGIM (union groupe initiative mutuelle, qui regroupe neuf mutuelles de la fonction publique).

69 Haut conseil de la santé publique. Consultations de prévention. Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement. Mars 2009.

Les mutuelles devraient être désormais mieux intégrées dans le dispositif de prévention : alors que la mutualité n'avait pas été reconnue comme membre de droit des groupements régionaux de santé publique (GRSP), les unions régionales mutualistes sont représentées au sein des ARS, et notamment dans les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA).

Les sociétés d'assurance

Les sociétés d'assurance ont un chiffre d'affaires en matière de protection complémentaire santé de l'ordre de 8 Md€, sur un total d'environ 30 Md€ pour l'ensemble des organismes complémentaires. Le montant de la contribution des sociétés d'assurance au financement d'actions de prévention en santé n'est pas connu.

La conduite d'actions de prévention sanitaire par les sociétés d'assurance participe de leur politique de développement de services à l'assuré, dans un objectif d'accompagnement et de fidélisation des adhérents.

En plus des actions propres des grandes entreprises d'assurance, l'ensemble des entreprises adhérentes à la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) conduit des programmes de prévention à travers l'association « Assureurs, Prévention, Santé » (APS), qui a été créée en 1982. L'APS a été financée jusqu'en 2008 sur le budget de la FFSA puis a reposé sur un financement plus complexe dans l'attente d'un financement direct par les sociétés d'assurance dans le cadre du changement de statut à venir (le budget de l'APS est d'un peu moins d'1M€).

Une assemblée générale extraordinaire le 28 juin 2010 s'est prononcée sur le changement des statuts de l'association APS, qui devient « Assureurs Prévention » et élargit ses missions à l'ensemble de la prévention, au-delà de la seule prévention sanitaire (prévention routière notamment). L'activité de l'APS comprend :

- à titre principal la diffusion de dépliants sur de nombreux sujets de prévention sanitaire. 6 à 7 millions de dépliants sont distribués chaque année gratuitement dans les pharmacies d'officine et les cabinets médicaux, ainsi que, à leur demande, à des associations (comme « Naître et vivre ») et des entreprises d'assurance. Une trentaine de thèmes sont abordés, y compris sur le site Internet de la FFSA (l'alcoolisme chez les jeunes, la vaccination, la prévention des VIH/sida et MST chez les adolescents, les troubles musculo-squelettiques, la mort subite du nourrisson etc) ;

- des actions complémentaires, ciblées sur des thèmes spécifiques. A titre d'exemple, l'APS a contribué au financement du programme EPODE « Ensemble prévenons l'obésité des enfants », développé à la suite de

l'expérimentation menée dans deux communes du Pas-de Calais, et étendu en 2004 à 10 autres pour prévenir l'obésité et le surpoids chez l'enfant.

II - Une organisation institutionnelle régionale en mutation

Mise en place dans les années 1990, cette organisation a été modifiée à plusieurs reprises sans remédier à un empilement institutionnel et à une absence de choix préjudiciable dans les priorités d'action. La loi du 28 juillet 2009 relative à l'hôpital, aux patients à la santé et aux territoires (HPST), a toutefois en créant les agences régionales de santé et en leur donnant pleine compétence en ce domaine profondément modifié la gouvernance régionale et devrait permettre une animation plus efficace et structurée des acteurs locaux de la prévention.

A - L'organisation complexe antérieure à 2010

Après une expérimentation lancée en 1994, les conférences régionales de santé et les programmes régionaux de santé (PRS) ont été institués en 1996 et 1997⁷⁰. Composée de 50 à 300 membres selon les régions, la conférence régionale était chargée d'établir les priorités de santé publique régionales et de formuler des propositions pour améliorer l'état de santé de la population à l'attention du préfet de région.

La loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions et son décret d'application⁷¹ ont par ailleurs créé des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) et les comités régionaux des politiques de santé (CRPS), chargés de suivre les PRS et les PRAPS.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a institué un conseil régional de santé, qui devait contribuer à la définition et à la mise en œuvre des politiques régionales de santé. Ces dispositions n'ont toutefois pas été appliquées.

Finalement, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a créé les plans régionaux de santé publique (PRSP) (art. 3), les groupements régionaux de santé publique (GRSP) et supprimé les CRPS

70 Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et décret n° 97-360 du 17 avril 1997.

71 Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (article 71). Décret n° 98-1216.

(art. 2) dont les missions ont été reprises, d'une part, par la conférence régionale de santé qui donnait un avis sur le PRSP et d'autre part, par le GRSP, qui mettait en œuvre le PRSP.

Les GRSP étaient constitués sous la forme de GIP présidés par le préfet et, composés des services de l'Etat⁷², de ses établissements publics (INPES et INVS), de l'ARH, de l'assurance maladie (URCAM et CRAM) et des collectivités territoriales volontaires. Ils étaient totalement libres d'attribuer des subventions sur les différentes thématiques de leur choix, en fonction des besoins régionaux. Il n'existait aucune orientation nationale. Par ailleurs, la nature des actions de prévention financées par les GRSP et leur rattachement aux différents programmes de santé publique n'étaient connus que très approximativement par l'administration centrale.

Les quelques évaluations disponibles de l'activité des GRSP concluent à un bilan mitigé, en raison notamment de l'absence de priorisation nationale des objectifs.

Le document de travail du HCSP sur les politiques régionales de santé publique d'octobre 2008⁷³ note que les acteurs de proximité se sont globalement peu approprié les 100 objectifs nationaux de la loi de santé publique et ce, d'autant plus qu'ils ne disposaient pas des indicateurs régionaux correspondants pour apprécier le caractère plus ou moins prioritaire de ces objectifs sur leur territoire. Par ailleurs, la juxtaposition persistante de logiques institutionnelles séparées pour guider l'action – PRSP pour la santé publique, SROS pour les soins hospitaliers, programme régional commun de l'assurance maladie (PRECAM), programme interdépartemental d'accompagnement de la perte d'autonomie (Priac) pour le domaine médico-social – a renforcé la faible lisibilité des priorités dans les régions.

Dans ce contexte, les responsables de l'élaboration des PRSP ont surtout cherché à intégrer au mieux les nombreuses mesures de multiples plans et programmes, aboutissant souvent, selon l'expression du groupe de travail du Haut conseil, à des PRSP « catalogues », sans caractère stratégique ni lignes de force et de ce fait, peu lisibles par les acteurs.

Les agences régionales de santé (ARS) sont désormais chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région, de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique. A ce titre, elles définissent

⁷² Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, direction régionale de la protection judiciaire de la jeunesse, rectorat.

⁷³ Haut conseil de la santé publique. Les politiques régionales de santé publique. Octobre 2008.

et financent des actions de promotion de la santé, d'éducation à la santé et de prévention.

B - Une mission désormais des agences régionales de santé

Les ARS intègrent les compétences des services déconcentrés de l'Etat, des unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), les compétences hospitalières et médico-sociales des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) et des directions régionales du service médical (DRSM) de l'assurance maladie et les compétences des missions régionales de santé (MRS) créées en 2004 et enfin les GRSP.

Les ARS ont notamment pour mission de définir une politique régionale de prévention et disposent potentiellement des moyens d'une meilleure animation du réseau des acteurs locaux de la prévention.

1 - L'affirmation d'une politique régionale de prévention

La majeure partie des ARS (23 sur 26) a prévu dans leur organisation une direction de la prévention et/ou de la promotion de la santé, souvent autonome, et parfois associée à l'offre de soins ou à l'offre médico-sociale. La prévention est donc prise en compte dans leurs organigrammes.

Une commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et la PMI⁷⁴ doit réunir, outre les représentants du directeur général de l'ARS et du préfet de région, des représentants de l'Etat exerçant des compétences en matière de prévention et de promotion de la santé⁷⁵, des représentants des collectivités territoriales et des représentants des organismes de sécurité sociale. Elle a notamment pour missions de participer à l'élaboration du schéma de prévention, d'organiser le cofinancement des actions de prévention par appels à projets et de rapprocher les acteurs régionaux de l'observation sanitaire et sociale. Les modalités concrètes d'exercice de leurs missions ne sont pas encore connues.

74 Décret n° 2010-346 du 31 mars 2010 relatif aux commissions de coordination des politiques publiques de santé.

75 Recteur de l'académie, directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, directeur régional des entreprises, de la consommation, du travail et de l'emploi, directeur régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement, directeur régional de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt, directeur interrégional de la PJJ, directeur départemental de la cohésion sociale.

L'article L.1434-6 du CSP prévoit une forme de fongibilité asymétrique des crédits en faveur des actions de prévention : les moyens financiers, attribués à l'ARS pour le financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies, des handicaps et de la perte d'autonomie ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux mais l'inverse est possible.

Le montant de la contribution de chacune des caisses nationales d'assurance maladie à chaque ARS au titre des crédits du FNPEIS est fixé chaque année par arrêté ministériel.

Parmi les nombreux documents de planification ou de stratégie que doivent élaborer les ARS, le schéma régional de prévention (SRP)⁷⁶ constitue le document opérationnel de mise en œuvre des orientations et objectifs de santé pour la région dans les domaines de la prévention, de la promotion de la santé, mais aussi de la santé environnementale et de la sécurité sanitaire. Il sera adopté en application du plan stratégique régional de santé (PSRS) qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région. Le PSRS, le schéma régional de prévention, ainsi que les schémas régionaux d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale et certains programmes comme le PRAPS constituent le projet régional de santé (PRS)⁷⁷, qui définit les objectifs pluriannuels de l'ARS.

Au-delà du PRS et du PSRS, le schéma de prévention doit être élaboré en cohérence avec d'autres documents de planification stratégique :

- le volet de médecine ambulatoire du schéma régional d'organisation des soins (SROS), lequel pourra comporter des mesures de prévention médicalisée, c'est-à-dire faisant intervenir un professionnel de santé ;
- des actions de prévention et d'éducation thérapeutique dans le cadre des missions de service public dévolues à l'hôpital que pourront comprendre le volet hospitalier du SROS et le SROS médico-social ;
- le volet spécifique du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) visant spécifiquement les personnes en situation de précarité sociale ;

⁷⁶ Article L1434-5 du code de la santé publique.

⁷⁷ Articles L. 1434-1 du CSP et suivants ; décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé.

- les mesures prévues au titre du contrat de gestion du risque conclu entre l'Etat et l'UNCAM pour la période 2010-2013⁷⁸ ;
- les actions prévues au titre du programme pluriannuel régional de gestion du risque (PRGDR), constitué d'une partie comprenant les programmes de gestion du risque nationaux et d'une partie comprenant des actions régionales spécifiques complémentaires⁷⁹ ;
- le cas échéant, les actions prévues dans les contrats que pourront conclure localement les caisses locales d'assurance maladie et les ARS pour participer à la mise en œuvre des actions de prévention de l'ARS ;
- en application de l'article R.1434-3 du CSP, les autres actions de prévention et de promotion de la santé de la population des collectivités, organismes et services ministériels mises en œuvre dans les domaines de la santé scolaire et universitaire, de la santé au travail et de la PMI sont prises en compte par les schémas.

Enfin, le PRS sera décliné dans des projets de territoire ; il pourra faire l'objet de contrats locaux de santé portant notamment sur la promotion de la santé et la prévention.

2 - Le pilotage national

La DGS est membre du conseil national de pilotage des ARS. En avril 2010 ; elle a présenté à ce comité ainsi qu'aux directeurs généraux des ARS un document de travail intitulé « Eléments de réflexion pour une politique nationale de santé 2010-2014 ». Ce document n'a toutefois pas valeur prescriptive.

Si une nouvelle loi de santé publique devait fixer des objectifs nationaux, celle-ci ne serait votée qu'après que d'autres textes intermédiaires aient déjà fixé des objectifs en matière de prévention pour les principaux acteurs. Aussi, les plans et projets régionaux de santé

78 L'article L.182-2-1-1 du CSS, issu de la loi HPST du 21 juillet 2009 prévoit la conclusion entre l'Etat et l'UNCAM d'un contrat relatif aux objectifs pluriannuels de gestion du risque communs aux trois régimes membres de l'UNCAM, pour une durée minimale de quatre ans.

79 Décret n° 2010-515 du 18 mai 2010 relatif au programme pluriannuel régional de gestion du risque.

devraient être révisés après l'adoption de cette loi⁸⁰; l'articulation des objectifs du contrat Etat-UNCAM conclus pour 2010-2013 avec les orientations de la future loi de santé publique pouvant également poser problème. Il en serait de même des objectifs et indicateurs pluriannuels que propose de retenir le ministère dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre les ministères sociaux et les ARS.

C - De nouveaux outils

En application du schéma régional de prévention, des actions de prévention financées après appel à projets lancé auprès des opérateurs se poursuivront sur le modèle des actions jusqu'alors financées par les GRSP. Les actions à co-financer seront sélectionnées par la commission de coordination spécialisée dans le domaine de la prévention précitée.

Le directeur général de l'ARS pourra aussi conclure, pour le compte de l'Etat, des conventions avec le département pour la mise en œuvre de programmes de santé publique, notamment de dépistage des cancers (art. L 1423-2 du CSP).

La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence⁸¹, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. Le maire semble être, de l'avis de l'INPES, l'interlocuteur à privilégier pour assurer la diffusion des actions et pratiques de prévention. Un premier contrat local de santé publique a été signé en juin 2010 entre l'ARS de PACA et la ville de Marseille, qui retient huit thèmes d'action concertée⁸².

Pour aider les ARS dans leur démarche de prévention, la DGS anime des ateliers pratiques, notamment dans le cadre des séminaires interrégionaux des directeurs d'ARS. Elle a diffusé auprès des ARS trois « guides méthodologiques », élaborés sous l'impulsion de l'INPES⁸³. Ces

80 En application de l'article L.1434-1 du CSP, le projet régional de santé s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé. Cette disposition garantit l'unité de la politique de santé sur l'ensemble du territoire.

81 Article L.1434-17 du code de la santé publique.

82 Santé et habitat, santé mentale, vieillissement, VIH et hépatites, addictions, accès aux soins, nutrition et vigilance sanitaire.

83 Bourdillon F. (sous la direction de). ARS. Promotion, prévention et programmes de santé. INPES. 2009. Basset B. (sous la direction de). ARS. Les inégalités sociales

documents constituent des sources d'information très utiles pour les ARS mais ne peuvent pas être assimilés à de véritables guides opérationnels.

Le rôle de l'INPES vis-à-vis des ARS est en cours de définition. Outre la mise à disposition de référentiels de bonnes pratiques et supports méthodologiques nationaux, ainsi que de mise en ligne de stratégies probantes, l'INPES pourrait également contribuer à la généralisation d'expériences régionales. A titre d'exemple, l'INPES a proposé de coécrire un guide d'aide à l'action se fondant sur l'expérience « Intervention auprès des collégiens centrée sur l'activité physique et la sédentarité » (ICAPS)⁸⁴ portée par une équipe alsacienne. L'objectif est d'aider sur l'ensemble du territoire les porteurs de projets à mettre en œuvre cette stratégie en milieu scolaire ou périscolaire, auprès d'enfants ou d'adolescents afin d'augmenter leur activité physique quotidienne.

III - Les réseaux associatifs et les représentants de la société civile

Le ministère de la santé a recours de façon importante aux réseaux associatifs dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de prévention. Les associations constituent des acteurs capables de sensibiliser et d'informer les pouvoirs publics sur des besoins sanitaires ; ils représentent un vecteur de promotion et de diffusion des pratiques de prévention favorable à l'appropriation de ces dernières par les individus et les communautés dont ils sont proches.

Par ailleurs, l'Etat affiche une certaine prudence dans la conduite de politiques qui peuvent le conduire à s'immiscer dans la vie privée des personnes et privilégie le recours à des représentants de la société civile pour la conduite de programmes touchant à la liberté individuelle ou à la vie intime (la malnutrition, le tabagisme, la consommation d'alcool, les pratiques sexuelles à risques, les troubles mentaux par exemple).

de santé. 2008. Leuridan N. (sous la direction de). ARS. Financer, professionnaliser et coordonner la prévention. INPES.2009

84 Intervention auprès des Collégiens centrée sur l'Activité Physique et la Sédentarité, C. Simon, D. Arveiler, E. Triby et B. Schweizer.

A - Les relations entre la direction générale de la santé et les associations

Les relations entre la DGS et les associations prennent principalement deux formes : celle d'un soutien financier d'une part, celle de consultations et de réponses aux sollicitations des associations, notamment dans le cadre de l'élaboration des plans ou programmes de santé publique, d'autre part.

La DGS accorde principalement des subventions au titre du VIH/sida et des pathologies associées.

Les crédits attribués par les GRSP et les ARS par la procédure d'appels à projets ne font pas l'objet d'un suivi détaillé. Par ailleurs, les subventions accordées par les autres ministères au titre de la prévention (notamment dans le domaine de l'environnement) ne sont pas connues du ministère de la santé.

Subventions accordées en 2009

La DGS a financé en 2009 près de 170 associations à hauteur de 18,7M€, dont :

- plus de 1,4 M€ versés à 27 associations au titre de la prévention des risques liés à l'environnement et l'alimentation ; cinq de ces associations ont reçu de l'administration centrale une subvention égale ou supérieure à 100 000 €⁸⁵ ;

- plus de 6 M€ accordés à 80 associations au titre des maladies chroniques. Parmi elles, l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) a reçu 700 000 €, la Fédération des acteurs de l'alcoologie et de l'addictologie a reçu 495 000 €, les Droits des non fumeurs 450 000 €, l'Association nationale des intervenants en toxicomanie (ANIT) 292 500 € et le Comité médical pour les exilés, 260 000 €;

⁸⁵ L'association de coordination française pour l'allaitement maternel (COFAM), IMAGINE 84 (aide alimentaire pour les fruits et légumes), l'Office international de l'eau, l'AFNOR, le réseau national de surveillance aérobiologique.

- près de 8,2 M€ attribués à 40 associations au titre des risques infectieux, c'est-à-dire au titre du VIH/sida et des pathologies associées. Parmi elle, AIDES reçoit de l'administration centrale au titre de 2009 des subventions d'un montant de 3,6 M€, l'association ARCAT⁸⁶ 350 000€ (1,05 M€ pour la période 2009-2012), le SNEG⁸⁷ 650 000€, Afrique avenir 130 000€ et le Mouvement français pour le planning familial 381 800 €

La politique d'allocation et de répartition de ces subventions n'obéit à aucun critère objectif. Ainsi, en 2009, 43 % d'entre elles ont été accordées au titre de la prévention du VIH/sida, contre 32 % au titre des maladies chroniques. Par ailleurs, malgré les incertitudes qui affectent l'exhaustivité des données du système d'information, le montant des subventions accordées par les GRSP aux associations locales au titre du VIH/Sida et IST peut être estimé à environ 16 % du total en 2009 alors que d'autres pathologies ont un impact bien plus élevé⁸⁸.

Pour clarifier les différentes modalités de participation des associations au processus de planification nationale en santé, la DGS a toutefois mené au printemps 2010 une enquête à destination des associations d'usagers œuvrant dans le secteur de la santé. Celle-ci lui a permis de prendre conscience de la nécessité d'une meilleure définition du rôle de ces associations et d'une clarification de ses attentes à leur endroit, soit comme porte parole des besoins des usagers, soit comme prestataires de services pour la mise en œuvre des plans de santé publique en organisant le débat public et enfin de formalisation des règles de partenariat entre les associations et ses services.

B - Le réseau associatif local : l'exemple des IREPS et ORS

La politique publique de prévention a cherché à s'appuyer sur des relais locaux proches de la société civile, notamment sur deux réseaux associatifs importants : celui des CRES/IREPS et celui des ORS.

86 Association de recherche, de communication et d'action pour l'accès aux traitements.

87 Syndicat national des entreprises gays.

88 L'OMS estime ainsi à 35 000 les DALYs perdus en France pour cause de VIH, et à 11 000 les DALYs perdus pour cause d'infections sexuellement transmissibles. Ces valeurs sont à confronter aux 858 000 DALYs perdus liés aux maladies cardiovasculaires, aux 159 000 liés au diabète et 1 355 000 du fait des cancers.

1 - Les associations d'éducation pour la santé et pôles de compétences

Les réseaux locaux de diffusion et d'animation d'actions de prévention reposent notamment sur les comités départementaux d'éducation pour la santé (CODES) et les comités régionaux d'éducation pour la santé (CRES), qui se transforment progressivement en IREPS (instances régionales d'éducation et de promotion de la santé), ainsi que sur le développement de « pôles régionaux de compétences en éducation pour la santé ».

Les CODES et les CRES sont des associations à but non lucratif régies par la loi du 1^{er} juillet 1901, soutenues principalement par l'Etat, l'assurance maladie et les collectivités locales. Leur but est de favoriser les échanges et la concertation entre les différents acteurs locaux en matière de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (associations, élus, organismes de protection sociale etc).

En l'absence de définition d'un périmètre clair pour chacun et du développement contre-productif d'une forme de concurrence entre CRES et CODES, il a été décidé de créer dans chaque région une instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) unique, regroupant le CRES et les CODES volontaires. Cette substitution est progressive. Certains comités ont fusionné, d'autres se sont fédérés au sein d'une IREPS ; d'autres enfin ont décidé de ne pas adhérer. Les IREPS disposent finalement d'une double tête : la fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES) qui les fédère et l'INPES qui coordonne leurs activités à travers les pôles de régionaux de compétences.

De son côté, le plan national d'éducation pour la santé (PNEPS) de janvier 2001 visait le développement de l'éducation pour la santé dans les régions à travers notamment la mise en œuvre des schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS). La circulaire du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des SREPS⁸⁹ prévoyait la mise en place de pôles régionaux de compétences. Ces pôles ont été instaurés dans le cadre d'un appel à projets piloté par l'INPES en 2004. Ils constituent des plates-formes de compétences en éducation pour la santé sur les fonctions supports à caractère transversal, destinées à l'ensemble des acteurs institutionnels et associatifs de proximité: appui documentaire, conseil méthodologique, formation, ingénierie de projet, évaluation etc. Vint-six

⁸⁹ Circulaire n° DGS/SD6/2001/504 du 22 octobre 2001 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé

pôles ont été mis en place. A l'exception de la Guyane, tous les pôles de compétences sont portés aujourd'hui par l'IREPS de la région.

Une évaluation des pôles réalisée en 2008 à la demande de l'INPES par un prestataire extérieur conclut que le bilan est « *globalement positif* ». Mais le rapport mentionne la faible visibilité des pôles sur le terrain, le caractère perfectible de l'harmonisation de leurs missions et de l'homogénéisation des pratiques, l'absence de comptabilité analytique et la qualité hétérogène des bilans d'activité empêchant d'en connaître précisément la nature.

L'organisation de l'animation de ces réseaux de prévention va par ailleurs évoluer du fait de la création des ARS. L'INPES tient à renforcer la professionnalisation et la coordination des pôles de compétences, pour qu'ils puissent offrir aux ARS une expertise spécialisée dans le domaine des fonctions supports en éducation pour la santé. L'institut souhaite consolider ces pôles par des conventions pluriannuelles d'objectifs et a défini un cahier des charges précisant le fonctionnement du pôle, ses missions, sa composition, le mode de suivi et d'évaluation et une procédure de subventionnement qui intègre l'avis des ARS.

2 - Les observatoires régionaux de la santé (ORS)

Constitués principalement au début des années 1980, les 26 observatoires régionaux de la santé (ORS) ont contribué aux diagnostics réalisés dans le cadre des travaux des différents plans régionaux (SROS⁹⁰, PRSP, programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins ou PRAPS, plans régionaux de la qualité de l'air ou PRQA...) et infrarégionaux (schémas handicapés, personnes âgées, enfance-famille des conseils généraux, diagnostics locaux). Cependant, l'intérêt d'une observation régionale de la santé restant peu reconnu au niveau national, le dispositif des ORS n'a de fait jamais été complètement légitimé. Ainsi, en dépit des efforts des ORS, sont constatés d'une part une grande disparité des situations régionales, des moyens mobilisés et de l'activité d'observation mise en œuvre, qui n'est pas nécessairement en rapport avec les besoins locaux et, d'autre part, la faible articulation entre les niveaux national et régional de l'observation.

La fédération nationale des ORS (FNORS), créée en 1988, a pour objectifs de favoriser les échanges entre les ORS, d'assurer la coordination des travaux impliquant tout ou partie des ORS et d'assurer la représentation des observatoires auprès de leurs partenaires nationaux. En

90 Schémas régionaux d'organisation sanitaire.

application d'une convention pluriannuelle d'objectifs⁹¹ signée en 2006 avec le ministère de la santé, représenté par la DGS et la DREES, et révisée par avenants, la FNORS s'engage à réaliser un programme de travail répondant aux besoins d'un développement de l'observation régionale et locale de santé. Elle est principalement financée par la subvention versée par le ministère de la santé (650 000 € en 2008 et 600 000 € en 2009)⁹².

Le réseau associatif des ORS s'inscrit dans un paysage institutionnel complexe. En effet, l'état des lieux précité de l'observation de la santé et de ses déterminants en région, établi par la FNORS et un prestataire à la demande de la DGS⁹³, recense au total 1 215 structures ou services d'observation de la santé et de ses déterminants, soit une moyenne de 46,7 structures ou dispositifs par région. Ce nombre varie entre 17 et 93 selon la région.

Outre les ORS, les structures et dispositifs régionaux généralistes sont principalement les directions régionales de l'INSEE, les cellules interrégionales d'épidémiologie⁹⁴ (CIRE), les centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptée⁹⁵ (CREAI), les services d'observation sanitaire et sociale des DRJSCS⁹⁶, les services statistiques et d'observation des ARS, des URPS⁹⁷, des directions régionales du service médical du régime général d'assurance maladie, de la MSA, du RSI, des CAF, des DIRECCTE⁹⁸ etc.

S'ajoutent d'autres structures d'observation de la santé plus thématiques, comme les observatoires régionaux de la santé au travail, les

91 Une nouvelle convention doit être signée pour la période 2010-2012.

92 La subvention représente en 2008 et 2009 respectivement 56 % et 44 % du total des produits de la FNORS.

93 FNORS et Pratiques de santé. Etat des lieux de l'observation en santé et de ses déterminants en région. Mai 2010.

94 Les CIRE relaient l'action de l'INVS et exercent une partie de ses missions dans les régions. Elles sont placées sous la responsabilité scientifique de la directrice générale de l'INVS et sont localisées en principe au sein des ARS. Sur les 17 CIRE, 9 sont interrégionales. Environ 130 personnes sont employées dans les CIRE, dont 90 épidémiologistes en CDI.

95 Les CREAI ont été créés en 1964 par arrêté du ministre de la santé. Ils sont fédérés depuis 1988 au sein de l'association nationale des CREAI (ANCREAI).

96 Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.

97 Unions régionales des professionnels de santé.

98 Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi.

OMEDIT⁹⁹, les COTRIM¹⁰⁰, les CCLIN¹⁰¹, les centres d'information régionaux sur les drogues et les dépendances, les CRIPS¹⁰², les CODES et IREPS précités. Des structures interviennent également au titre des transports, de l'emploi, de l'habitat social et bien sûr d'activités sociales ou médico-sociales : les observatoires régionaux de la sécurité routière, les observatoires régionaux de l'emploi et de la formation, les observatoires de l'emploi et de l'insertion professionnelle des personnes handicapées, les observatoires de la vie étudiante, les ARACT¹⁰³, les observatoires du logement social, les observatoires des CCAS, les maisons départementales des personnes handicapées etc.

Les structures régionales et départementales d'observation de la santé et de ses déterminants sont ainsi extrêmement morcelées et dispersées.

C'est dire toute la complexité et la difficulté de la tâche des ARS, chargées, en application de l'article L.1431-2 du code la santé publique, d'organiser, *« en s'appuyant en tant que de besoin sur les observatoires régionaux de la santé, la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, le recueil et le traitement des signalements d'événements sanitaires »*.

Cette dispersion se retrouve au demeurant au niveau des structures associatives locales dédiées à des actions de prévention.

C - La complexité des structures locales de dépistage et de vaccination

1 - La dualité des structures de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des IST

Dans son rapport public annuel de février 2010, la Cour a souligné le manque de cohérence de l'offre de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST), en raison de la coexistence des 352 centres de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des hépatites B et C (CDAG) d'une part et des centres d'information, de

99 Observatoires des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques.

100 Comités techniques régionaux de l'information médicale. Ils ont été créés en 1995 pour veiller à la qualité de l'information médicale du PMSI.

101 Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales.

102 Centres régionaux d'information et de prévention du sida.

103 Associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail.

dépistage et de diagnostic des IST (CIDDIST), au nombre de 275 en 2008, d'autre part.

En effet, la réattribution à l'Etat en 2004 de la responsabilité de la lutte contre les IST, auparavant confiée aux conseils généraux, n'a pas conduit le ministère de la santé à mettre en place une offre unique de dépistage anonyme et gratuit par la voie d'un regroupement des CDAG et des dispensaires antivénéériens (DAV). Ces derniers ont été transformés en CIDDIST qui sont soit gérés par les collectivités locales par convention avec l'Etat, soit implantés dans des services hospitaliers ou des centres de santé habilités par les DDASS.

Trente CIDDIST ne dépistent pas le VIH et 108 CDAG ne dépistent pas les IST. Les CDAG qui ont également la qualité de CIDDIST ne proposent pas systématiquement un dépistage des IST et inversement. En outre, quelques départements demeurent encore dépourvus de toute offre de dépistage anonyme et gratuit des IST autres que le VIH/sida (Côtes d'Armor, Indre, Manche et Meuse). Les CDAG sont financés par l'assurance maladie et les CIDDIST par le budget de l'Etat, des conseils généraux maintenant cependant des contributions volontaires. Les CDAG-CIDDIST doivent établir deux budgets et deux rapports d'activité distincts.

Le rapport 2008 du groupe d'experts sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH a recommandé de les fusionner. Demandée par la DGS dans le cadre de la préparation des projets de loi de financement de la sécurité sociale pour les années 2009 et 2010, cette mesure n'a toutefois pas été retenue.

2 - Les structures associatives de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal

Au niveau local, les programmes de dépistage organisé des cancers sont mis en œuvre par 92 structures de gestion départementales ou interdépartementales¹⁰⁴ qui sont en grande majorité des associations, principalement cofinancées par l'Etat et l'assurance maladie, des ressources complémentaires pouvant provenir des conseils généraux.

Alors qu'elles ont été initialement créées dans chaque département pour gérer les expérimentations du dépistage organisé du cancer du sein, l'efficacité de leur organisation n'a pas été évaluée lors de la généralisation de ce dépistage. La gestion du dépistage du cancer

104 Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers.

colorectal ainsi que celle de l'expérimentation du dépistage du cancer du col de l'utérus leur ont ensuite été confiées.

Leurs missions sont définies par un cahier des charges annexé à l'arrêté du 29 septembre 2006. Les missions sur le cancer du sein consistent à organiser l'envoi aux assurés des invitations au dépistage, à organiser et coordonner la deuxième lecture des mammographies qui est réalisée sur film radiographique, ainsi qu'à effectuer un suivi épidémiologique en lien avec l'INVS.

Le développement de la mammographie numérique et l'envoi par voie électronique des clichés actuellement à l'étude risquent de remettre en cause leur dimensionnement actuel. Pour le cancer colorectal, elles assurent l'envoi des invitations, la distribution des tests aux médecins et la réception des résultats des laboratoires pour suivi en lien avec l'INVS.

Leur mission constitue un fort enjeu de santé publique : 16 millions de personnes sont invitées pour le dépistage du cancer colorectal et 8 millions pour le dépistage du cancer du sein tous les deux ans ; le coût total pour l'assurance maladie est estimé par la CNAMTS à 80 millions d'euros en 2009. Cette organisation départementale suscite cependant des questions relatives à son coût de fonctionnement et à l'unité de son action sur l'ensemble du territoire.

3 - La dispersion des lieux de vaccination et des modes de financement

L'organisation de la vaccination présente les mêmes caractéristiques de dispersion des acteurs ; comme pour les structures de dépistage des IST, cette situation est en partie liée à l'héritage de l'organisation qui prévalait avant la réattribution à l'Etat de la compétence vaccinale par la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

La politique vaccinale

Il est admis aujourd'hui que les politiques de prévention doivent faire appel à la fois à la responsabilité individuelle et à la responsabilité collective, cette dernière consistant à agir sur l'environnement de l'individu pour l'inciter à effectuer les choix les plus favorables à sa santé. Ainsi, l'évolution de la politique vaccinale traduit celle des modes d'intervention des pouvoirs publics, qui suppriment progressivement l'obligation pour privilégier la recommandation. Cette valorisation de la responsabilisation individuelle et du consentement éclairé des professionnels de santé et des patients présuppose que ces derniers soient bien informés et libres de leurs choix¹⁰⁵. Le choix de la recommandation peut également s'expliquer par les craintes des pouvoirs publics de mise en jeu de leur responsabilité en cas d'accident vaccinal.

La vaccination contre la diphtérie a été rendue obligatoire en 1938, la vaccination contre le tétanos en 1940, en 1950 le BCG anti tuberculinique, en 1964 la vaccination contre la poliomyélite.

Mais en 1969, le vaccin antigrippal a fait l'objet d'une recommandation ; de même les vaccins contre les maladies infectieuses infantiles apparus dans les années 1970 ont fait l'objet de recommandations sans être rendus obligatoires. L'obligation de vaccination des enfants et adolescents par le BCG avant leur entrée en collectivité a été suspendue par le décret du 17 juillet 2007¹⁰⁶ au profit d'une recommandation forte de vaccination des enfants exposés. Les vaccins plus récents ne font l'objet que d'une recommandation. Ainsi, Le CTV recommande que la vaccination contre l'hépatite B continue de s'appliquer à tous les nourrissons. Il confirme que tous les enfants, à l'âge de 24 mois, devraient avoir reçu 2 doses du vaccin trivalent contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, alors que le taux actuel de couverture vaccinale est de 87 % pour 1 dose à l'âge de 24 mois. La toute récente vaccination contre les infections à papillomavirus humains est elle aussi recommandée, pour toutes les jeunes filles âgées de 14 ans.

105 Traité de prévention. F. Bourdillon (sous la direction de). Chapitre 30 « Politiques vaccinales ». Didier Torny.

106 Décret n°2007-1111 du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG.

Les médecins libéraux, principalement les généralistes et les pédiatres, réalisent dans leurs cabinets environ 80 % des vaccinations¹⁰⁷. Les centres de PMI, qui suivent les enfants jusqu'à l'âge de six ans, en assurent en moyenne 12 à 15 % avec toutefois de fortes variations selon les départements (allant jusqu'à 70 %). Enfin, depuis la loi précitée du 13 août 2004, les collectivités territoriales peuvent exercer des activités en matière de vaccination dans le cadre d'une convention conclue avec l'Etat (52 conseils généraux en 2010). Les activités de vaccination proposées par les conseils généraux sont très variables, allant de la seule fourniture de vaccins (achetés à des prix négociés) jusqu'à des services plus diversifiés associant la gestion de centres ou antennes de vaccination, des actions d'information etc. De façon plus ponctuelle, dans certains des 49 départements où le conseil général a abandonné cette compétence, des DDAS ont passé des conventions ont été passées par les services de l'Etat avec des communes, (leur nombre n'est pas connu). Par ailleurs, ont été habilitées pour trois ans des structures (établissements hospitaliers, associations gérant des centres de santé), qui étaient financées par l'Etat via les DRASS et les GRSP¹⁰⁸. D'autres services concourent aux vaccinations dans des proportions plus marginales¹⁰⁹. Au global, le nombre de centres de vaccination n'est aujourd'hui pas connu des services du ministère de la santé.

Une note présentée par les services de la CNAMTS à la commission de la réglementation le 9 février 2010 constate que « *la multiplicité des gestionnaires des lieux où sont administrés les vaccins entraîne une variabilité des modes de financement des vaccinations : Etat, collectivités territoriales, assurance maladie, assurances complémentaires et rend très difficile le suivi des vaccinations et la mesure de la couverture vaccinale* ».

107 En application de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007, le décret n° 2008-877 du 29 août 2008 habilite les infirmiers à pratiquer l'injection du vaccin antigrippal, à l'exception de la première injection. Les sages femmes peuvent aussi réaliser certaines vaccinations en application de l'arrêté du 22 mars 2005 fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer.

108 Note des services de la CNAMTS du 9 février 2010.

109 Les centres de consultation de planification familiale qui peuvent proposer les vaccinations contre la rubéole et l'hépatite B, les services de promotion de la santé en faveur des élèves, les services de la médecine du travail, les centres de vaccination pour les voyageurs, les CDAG du VIH qui peuvent proposer la vaccination contre l'hépatite B, les SUMPPPS (services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé) et les SCHS (services communaux d'hygiène et de santé).

Le financement des activités de vaccination exercées par les départements dans le cadre des conventions passées avec l'Etat n'est pas connu : il est intégré dans les dotations générales de décentralisation sans être individualisé. Par ailleurs, selon la DGS, la comptabilité analytique des départements ne permet pas de restituer les coûts liés aux activités de vaccination. Enfin, les dépenses des départements relatives aux vaccinations réalisées par les PMI leur sont en partie remboursées par l'assurance maladie selon des modalités encore hétérogènes mais actuellement en cours d'harmonisation par la CNAMTS.

Les taux de couverture vaccinale sont mesurés, pour les nourrissons, à partir des certificats de santé des enfants de 24 mois, regroupés au niveau départemental par les services de PMI et exploités par la DREES et l'INVS. L'exploitation de ces certificats de santé est longue. Ainsi, l'INVS a mis à disposition en 2010 seulement les taux de couverture vaccinale rougeole « une dose » à l'âge de 24 mois sur les années 2004 à 2007. La couverture vaccinale chez l'enfant plus grand est estimée d'une part par des études réalisées chez les enfants de 4 ans par les services de PMI¹¹⁰, d'autre part à travers un cycle triennal d'enquêtes scolaires qui ont lieu chaque année depuis 2001 alternativement en grande section de maternelle (enfants de 6 ans), en CM2 (enfants de 11 ans) et en classe de 3ème (enfants de 15 ans) : les données disponibles en 2010 sur le site de l'INVS portaient ainsi sur la période 2001-2006.

Par ailleurs, selon le guide des vaccinations 2008 élaboré par le comité technique des vaccinations à l'attention des professionnels de santé, « *il n'existe pas de données régulières de couverture vaccinale au niveau national chez l'adolescent ou chez l'adulte* » pour tous les vaccins¹¹¹.

Alors que les acteurs de la prévention interviennent trop souvent en ordre dispersé, les représentants des intérêts économiques s'organisent en revanche pour tenter de limiter l'impact des politiques de prévention sur le développement de leur activité.

110 Direction générale de la santé, Comité technique des vaccinations. Guide des vaccinations. Edition 2008. Saint-Denis coll.Varia, 2008. Page 116.

111 Direction générale de la santé, Comité technique des vaccinations. Guide des vaccinations. Edition 2008. Saint-Denis coll.Varia, 2008. Page 116.

IV - Les stratégies de prévention et la prise en compte des intérêts économiques

Les actions d'information, de communication et d'éducation font appel généralement à la responsabilité individuelle. Les actions de nature réglementaire, la fiscalité ou des politiques de financement d'associations de prévention ou en faveur de certains produits permettent d'agir sur l'environnement collectif des individus et le plus souvent de réduire les inégalités sociales de chances en santé.

La littérature scientifique reconnaît qu'il est nécessaire de trouver un équilibre entre l'appel à la responsabilité individuelle et la responsabilité collective¹¹² qui ne s'opposent pas mais sont complémentaires.

Des études d'évaluation de l'efficacité relative des différentes actions d'une politique de prévention ont été menées principalement dans les domaines du tabagisme, de l'alcool et de la nutrition. Elles démontrent que les approches réglementaires, quand elles sont appliquées, ont un impact plus grand que les approches par l'information, la communication et l'éducation.

En effet, des mesures qui s'imposent à tous, immédiatement et en tous lieux, présentent ce que certains experts appellent une « forte densité préventive ». En se référant aux travaux d'Abrams¹¹³, des experts expliquent que plus le nombre de points de décisions augmente, plus la densité préventive baisse¹¹⁴. « Ainsi l'édiction d'un décret d'interdiction de fumer dans les lieux publics, ou la décision d'augmenter des taxes sur les produits du tabac présentent les deux avantages suivants : le nombre de lieux de décisions est très faible, et comme la décision s'impose à tous par la loi, la dissémination de l'action préventive est relativement simple. A contrario, le souhait de vouloir adopter une mesure préventive par 60 000 médecins conduit à ce qu'il y ait 60 000 lieux de décision dont l'issue, sans incitations fortes, est très incertaine ». En outre, si une

112 Brownell, K.D., et al., Personal responsibility and obesity : a constructive approach to a controversial issue. Health Aff (Millwood), 2010.

113 Abrams DB, Orleans CT, Niaura RS, Goldstein MG, Prochaska JO, Velicer W. Integrating individual and public health perspectives for treatment of tobacco dependence under managed health care : a combined stepped-care and matching model. Ann Behav Med 1996.

114 Arwidson P. Melihan Cheinin P. Evaluation en prévention. Exemples dans le domaine du tabac, de l'alcool et de la nutrition. In Bourdillon F (eds). Traité de prévention. Paris, Médecine-Sciences Flammarion, 2009, page 115-122.

mesure réglementaire s'impose à tous et en tous lieux, une action d'information et d'éducation nécessite notamment que le public concerné soit attentif, réceptif et actif par lui-même.

A contrario, les représentants des intérêts en cause mettent souvent en avant la responsabilité individuelle au détriment de la responsabilité collective. Leur message peut conduire à privilégier les actions d'information et de communication au détriment des mesures réglementaires, en tout cas à privilégier des moyens d'action qui ne sont donc pas reconnus comme les plus efficaces sur le plan scientifique.

Dans une note de réflexion pour une politique nationale de santé publique 2010-2014 d'avril 2010, la DGS constate: « *Pour ne citer que trois déterminants importants de la santé (tabac, alcool et nutrition), des travaux scientifiques internationaux convergents ont identifié les pistes d'action les plus efficaces :*

- *en ce qui concerne le tabac, il s'agit d'actions sur la demande (prix, suppression de la publicité, interdiction de fumer ...). A l'inverse, d'autres actions (prohibition, restriction de l'accès pour les mineurs, substitution et diversification des cultures) sont apparues relativement peu efficaces ;*
- *dans le champ de l'alcool, la réglementation de l'offre et la réduction de la demande en agissant sur les prix sont parmi les stratégies les plus efficaces ;*
- *dans le domaine de la nutrition, les experts internationaux recommandent une action sur l'environnement du consommateur (interdiction de la publicité en direction des enfants, recours à la fiscalité sur certains aliments, en particulier les boissons sucrées).*

En dépit des résultats reconnus de ces études internationales, ce type de réglementation et recommandations préventives est contestée [...] aussi parce que des messages divergents se font entendre par ailleurs.

Certains groupes d'intérêt mettent en cause la pertinence des mesures prises ou envisagées, parfois leur fondement scientifique, afin de limiter ce qu'ils considèrent comme un impact négatif de la politique de santé publique sur leur activité ».

De fait, se déploient face aux stratégies de prévention sanitaire des contre-stratégies de lobbying¹¹⁵, qui peuvent se fixer différents objectifs, parmi lesquels :

- la promotion des produits et les investissements publicitaires. En 2006, par exemple, le montant des investissements publicitaires pour les boissons alcoolisées s'est élevé à 306 M€ soit presque trois fois le budget de l'INPES¹¹⁶ ;
- l'action sur les décideurs et relais d'opinion ;
- l'information du public sur des bases scientifiques, et notamment la valorisation d'études scientifiques favorables aux lobbies ;
- la limitation du champ d'intervention laissé aux acteurs de santé publique, notamment la contestation de l'effet négatif sur la santé de prix promotionnels ou attractifs de certains produits, et plus généralement la contestation de la légitimité des professionnels de la santé publique à intervenir sur un champ non pas seulement médical mais aussi économique.

Deux domaines peuvent illustrer l'incidence de telles stratégies sur les politiques de prévention.

A - La prévention de l'obésité chez l'enfant

L'exemple de la publicité pour les produits alimentaires destinée aux enfants est particulièrement significatif de la manière dont pèsent les opérateurs économiques issus des secteurs agro-alimentaire et audiovisuel dans la définition de la politique de prévention sanitaire,

L'interdiction de messages publicitaires pour les produits alimentaires, notamment sucrés, dans les programmes pour enfants fait l'objet de débats récurrents.

115 Traité de prévention. F. Bourdillon (sous la direction de). « La prévention et les lobbies ». Bernard Basset, directeur adjoint de l'INPES.

116 Idem.

Le point de vue des chercheurs

Les modes de vie dans les sociétés contemporaines seraient propices au développement d'épidémie d'obésité du fait d'une part de l'augmentation de l'offre alimentaire et sa densité calorique et, d'autre part, de la baisse des opportunités d'activité physique et de l'incitation à la sédentarité.

La contribution respective de la baisse de la dépense énergétique et de l'accroissement de l'absorption calorique sur l'épidémie de prise de poids a été étudiée par l'australien Swinburn¹¹⁷. Cette équipe a comparé la prise de poids de la population américaine entre les années 1970 et 2000. La prise de poids mesurée sur cette période est de 4 kg pour les enfants et de 8,6 kg pour les adultes. La première conclusion de ces auteurs est que l'accroissement de l'offre calorique suffit à expliquer la prise de poids aux Etats Unis. Leur deuxième conclusion est que le développement de la sédentarité dans la société américaine, (tertiarisation, automobiles et télévision) sont antérieures à l'épidémie d'obésité.

Selon l'INPES, des chercheurs (Carter et collègues)¹¹⁸ ont comparé différentes politiques publiques de lutte contre l'obésité des enfants comme l'interdiction de la publicité alimentaire destinée aux enfants, des programmes en milieu scolaire, des initiatives pour favoriser la marche pour se rendre à l'école, la prise en charge des enfants en surpoids et la chirurgie gastrique pour les obèses. Il résulte de ces travaux que l'impact sur la santé de la population et la rentabilité des programmes sont extrêmement variables selon les approches.

Dans ce modèle, l'interdiction de la publicité alimentaire pour les enfants permettrait de gagner 37 000 DALY et de réaliser 300 millions de dollars d'économie par an, alors que le programme Pedibus (faire marcher les enfants jusqu'à l'école) permettrait de gagner environ 30 DALY et d'économiser 22 millions de dollars par an.

Une majorité d'experts s'est prononcée en faveur de l'interdiction de la publicité pour les produits gras ou sucrés à destination des jeunes enfants. L'OMS considère comme « probable », voire « convaincant », le lien entre la survenue de maladies et la publicité pour les produits

117 Swinburn, B., G. Sacks, and E. Ravussin, Increased food energy supply is more than sufficient to explain the US epidemic of obesity. *Am J Clin Nutr*, 2009. 90(6): p. 1453-6.

118 Carter, R., et al., Assessing cost-effectiveness in obesity (ACE-obesity) : an overview of the ACE approach, economic methods and cost results. *BMC Public Health*, 2009.

alimentaires de haute densité énergétique¹¹⁹. En mars 2009, 22 associations et sociétés savantes ont demandé officiellement au Parlement dans un communiqué de réglementer la publicité télévisée pour les produits alimentaires à destination des enfants. Enfin, l'INPES dispose d'études montrant notamment que des enfants et des adultes augmentent significativement leur consommation alimentaire après avoir été exposés à des publicités alimentaires à la télévision¹²⁰, que c'est le contenu même des publicités télévisuelles moins que la sédentarité engendrée par la télévision qui favorise l'obésité¹²¹, et que les mesures volontaires de régulation émanant des industriels eux-mêmes ont montré leurs limites d'efficacité¹²². Aucun avis public de l'INPES sur cette importante question n'est toutefois disponible.

Les représentants du secteur audiovisuel, pour lequel la publicité de produits alimentaires constitue une des principales sources de financement, contestent pour leur part les effets sur l'obésité de la suppression de la publicité alimentaire dans les programmes pour enfants. Les études et résultats disponibles sont interprétés en effet différemment par les experts et les représentants des intérêts économiques.

Par exemple, l'INPES indique qu'une étude récemment publiée en Suède¹²³ rapporte une diminution de la prévalence de l'obésité chez l'enfant de 10-11 ans, notamment chez les filles et qu'il y a donc eu une évolution favorable de l'obésité dans ce pays, où est interdite la publicité télévisuelle destinée aux jeunes enfants ; il souligne également que, parmi toutes les provinces du Canada, c'est au Québec, où toutes les publicités (quel que soit le produit promu) sont interdites auprès des moins de 12 ans depuis près de 30 ans, que la prévalence de l'obésité des enfants est la plus faible (avec l'Alberta, province riche).

L'association nationale des industries agroalimentaires (ANIA) utilise les mêmes exemples pour défendre la conclusion inverse : dans l'éditorial de sa lettre d'information du 3 avril 2009, l'ANIA indique que les mesures d'interdiction n'ont pas d'effet direct ou avéré sur le surpoids

119 OMS. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Genève, 2003.

120 Harris et al. Priming effects of TV food advertising on eating behavior. *Health Psychology*, 2009, 28 n° 4, 404-413.

121 Zimmerman et al. Association of TV content type and obesity in children. *American Journal of Public Health*. 2010, 100, n° 2, 334-340.

122 Hawkes C. Self-regulation of food advertising : what it can, could and cannot do to discourage unhealthy eating habits among children. *Nutrition Bulletin*. 2005, 30, 374-382.

123 Sjöberg et al. Recent anthropometric trends among Swedish school children : evidence for decreasing prevalence of overweight in girls. *Acta Paediatr* ISSN 0803-5253.

et l'obésité. « *En Suède, où la publicité alimentaire n'a jamais été utilisée sur les écrans jeunesse (enfants de moins de 12 ans), le taux de surpoids chez les enfants est similaire à celui de la France (18 %). Au Québec, où la publicité est interdite depuis 1980, le taux de surpoids infantile est passé de 11,5 % en 1981 à 29,4 % en 1991 : l'interdiction de la publicité alimentaire à la télévision n'a donc pas permis d'inverser la courbe de progression de l'obésité* ». Les représentants du secteur audiovisuel prennent également l'exemple du Québec pour récuser l'existence d'une corrélation entre la durée de la publicité alimentaire télévisée vue par les enfants et le développement de leur obésité : au Québec, « *où les enfants sont isolés de la publicité depuis trente ans : l'obésité infantile a quasiment doublé pendant la même période* ». ¹²⁴

Dans les faits, l'évolution de la prévalence du surpoids chez l'enfant est sous l'influence de nombreux facteurs qui agissent de façon concomitante. L'association d'une interdiction de publicité alimentaire (souvent uniquement à la télévision) pour les enfants dans un Etat avec une évolution non favorable du surpoids ne suffit pas pour conclure qu'il ne faut pas l'interdire. Selon l'INPES, de nombreux autres facteurs entrent en jeu. Il faut, entre autres, étudier l'étendue de l'interdiction : les médias Internet, magazines enfants, affiches, publicité sur les lieux de vente, cadeaux promotionnels, personnages attachants associés à la marque, etc... Il existe également une porosité internationale. En cas d'interdiction de la publicité dans un pays, les annonceurs investissent alors dans des chaînes internationales à juridiction étrangère pour toucher les jeunes ¹²⁵.

En tout état de cause le Conseil supérieur de l'audiovisuel considère pour sa part, comme l'a exprimé publiquement l'un de ses membres, que « *si la suppression de la publicité alimentaire dans les programmes pour enfants est loin d'être un instrument efficace dans le combat contre l'obésité, ses conséquences économiques seraient en revanche certaines sur notre secteur audiovisuel structurellement sous-financé : conséquences sur l'emploi, sur les chaînes de télévision, sur l'offre de programmes pour les enfants et sur le financement du cinéma. En effet, la publicité alimentaire et notre première industrie française, l'agroalimentaire, sont l'une des bases fondamentales du modèle*

124 « Lutte contre l'obésité infantile : les paradoxes de la télévision, partenaire d'une régulation à la française ». Christine Kelly, membre du CSA. Le Monde. 17 février 2010.

125 Le même phénomène a été observé en France : la publicité pour les marques de cigarettes était diffusée via des événements sportifs, comme les courses de formules 1 se déroulant dans un autre pays, mais diffusées en France.

économique audiovisuel, car elle assure aux diffuseurs les moyens nécessaires au développement de la création. ».

Pour autant, les débats parlementaires à ce sujet sont récurrents. Lors de l'examen du projet de loi HPST, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale avait proposé un amendement interdisant la diffusion des messages publicitaires télévisés ou radiodiffusés portant sur les produits alimentaires sucrés pendant les émissions destinées aux enfants. Cet amendement a été refusé.

Une « négociation extrêmement ardue avec un certain nombre d'acteurs du secteur audiovisuel, d'annonceurs, de producteurs, d'industriels de l'agroalimentaire »¹²⁶ a été menée par le ministère de la santé qui a conduit à la signature le 18 février 2009 par les représentants de l'industrie agro-alimentaire pour 5 ans d'une charte visant à « promouvoir une alimentation équilibrée et une activité physique favorables à la santé dans les programmes et les publicités diffusées à la télévision », dont le CSA s'est vu confier le suivi. Dans ce cadre, a été développé une campagne intitulée « Trop la pêche », constituée de 10 programmes courts d'une durée d'une minute trente chacun qui ont été diffusées sur une quinzaine de chaînes, du 6 février au 7 mars 2010. 22 sociétés savantes et associations ont jugé cette charte inefficace « si on ne limite pas parallèlement le marketing à destination des enfants pour les aliments les plus riches ».

En mai 2010, un nouvel amendement a été déposé dans le cadre de l'examen du projet de modernisation de l'agriculture et de la pêche¹²⁷, qui n'a pas été davantage adopté.

Alors que l'obésité continue de se développer chez les enfants des familles les plus défavorisés¹²⁸ et chez les jeunes adultes, les mesures prises avaient jusqu'à présent, écarté les dispositions reconnues comme les plus efficaces par les experts internationaux, à savoir l'interdiction de la publicité ou la taxation de certains aliments, au bénéfice de messages incitatifs à une meilleure hygiène de vie. La toute récente décision du gouvernement de créer une taxe sur les boissons sucrées marque à cet égard une évolution positive.

126 Assemblée nationale. Compte-rendu intégral des débats. Deuxième séance du lundi 9 mars 2009.

127 Amendement n° 594 visant à insérer un article additionnel ainsi rédigé : « La publicité pour les produits alimentaires est interdite dans les programmes de télévision destinés aux enfants de moins de treize ans ». Compte-rendu intégral des débats de la séance du 20 mai 2010.

128 IGAS. Evaluation du PNNS 2. Avril 2010.

B - Les ambiguïtés récurrentes de la prévention des risques liés à l'alcool

Les risques liés à la consommation d'alcool peinent toujours malgré leur importance à être pleinement pris en compte dans les politiques de prévention, notamment en ce qui concerne les produits vinicoles. Ainsi le projet actuel du gouvernement d'accroître la fiscalité et les prélèvements sociaux sur les boissons alcoolisées ne portera que sur les alcools forts et non sur le vin.

D'abord créé par décret du 4 octobre 2005¹²⁹, un conseil de modération et de prévention placé auprès des ministres chargés de la santé et de l'agriculture a été institué par l'article 69 de la loi n° 2006-11 du 5 janvier 2006 d'orientation agricole et un décret du 14 février 2006¹³⁰. Ce dernier prévoit qu'il s'agit d'une « *instance de dialogue et d'échange qui ne se substitue pas aux instances qualifiées en matière de santé publique ou de politique agricole. Il assiste et conseille les pouvoirs publics dans l'élaboration et la mise en place des politiques de prévention en matière de consommation d'alcool* ».

Cet organisme est composé de huit parlementaires, de huit représentants des ministères et des organismes publics, de huit représentants d'associations et d'organismes intervenant notamment dans le domaine de la santé, de la prévention de l'alcoolisme et de la sécurité routière et enfin de huit représentants des entreprises et organisations professionnelles des filières vitivinicoles. Il est consulté sur les projets de campagnes de communication publique relative à la consommation des boissons alcoolisées et sur les projets de textes législatifs et réglementaires intervenant dans son domaine de compétence.

Les professionnels de la santé publique perçoivent ce conseil comme une instance de protection des intérêts viticoles¹³¹. La campagne sur un site internet préparée par l'INPES dénommée « alcool info service » a conduit en 2010 le conseil à adresser au ministère de la santé un courrier demandant des modifications de cette campagne, désapprouvant les conditions de sa consultation et enfin regrettant la

129 Décret n° 2005-1249 du 4 octobre 2005 portant création du Conseil de modération et de prévention.

130 Décret n° 2006-159 du 14 février 2006 portant création du Conseil de modération et de prévention.

131 Traité de prévention. F. Bourdillon (sous la direction de). La prévention et les lobbies. B. Basset. Communiqué de presse du 2 novembre 2005 de l'ANPAA : lettre ouverte au premier ministre et ministre de la santé de l'ANPAA, de la SFA, de la F3A, de CNUEA, de la FNES, de la société française de santé publique.

stigmatisation du vin¹³². Une requête en référé avait été déposée à l'encontre de cette campagne devant le tribunal administratif de Paris par des représentants de la profession viticole dès son ouverture le 12 avril 2010 au motif notamment que les membres du conseil de la modération et de prévention n'avaient pas reçu les éléments d'information nécessaires à son examen.

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale avait proposé dans le cadre de l'examen du projet de loi HPST un amendement supprimant le conseil de modération et de prévention¹³³. Celui-ci n'a pas été adopté.

* **

Le caractère multifactoriel des déterminants de santé comme la diversité des populations auxquelles les actions de prévention s'adressent, justifient une vision interministérielle et transversale de cette politique. Le cloisonnement et la dispersion des responsabilités au niveau central entrave l'affirmation d'une politique de prévention forte et ne peut que faciliter des contre stratégies de la part des intérêts économiques pour atténuer l'efficacité des mesures décidées. La mise en place récente des ARS ne permet pas d'apprécier dans quelle mesure ces structures seront à même de promouvoir une dynamique locale en faveur de la prévention et de coordonner les très nombreux acteurs locaux qui y contribuent.

Recommandation n° 7 : Afin de mettre en cohérence l'ensemble des plans concernant la prévention sanitaire, arbitrer les éventuels conflits d'intérêts et renforcer l'efficacité du pilotage de cette politique, donner au DGS les compétences de délégué interministériel à la prévention sanitaire.

132 Conseil de modération et de prévention. Procès-verbal. Projet n° 3. Réunion plénière du 6 avril 2010.

133 Assemblée nationale. Compte-rendu n° 39 de la réunion de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales du jeudi 5 février 2009.

Chapitre IV

Les limites de l'évaluation de la politique de prévention sanitaire

L'évaluation dans toutes ses dimensions est un élément central de la politique de prévention. Pourtant les différents types d'évaluation actuellement mis en œuvre par les pouvoirs publics sont perfectibles tant ex ante qu'ex post.

I - Une expertise ex ante qui reste fragile

Plusieurs difficultés subsistent à cet égard, indépendamment même des risques de conflits d'intérêts qui peuvent exister au sein d'institutions qui font appel à de très nombreux experts pour l'évaluation des actions de prévention, en général en amont de la décision.

A - Des expertises parfois contradictoires

L'exemple des recommandations en matière de consommation d'alcool que le HCSP a été conduit à émettre sur saisine du ministère de la santé, à la suite de la publication d'un avis de l'INCa, illustre les conséquences qui peuvent résulter des avis contradictoires rendus par des instances d'expertise différentes.

L'INCa a publié en novembre 2007 une expertise collective « Alcool et risque de cancers : état des lieux des données scientifiques et recommandations de santé publique »¹³⁴ qui montre que le risque de cancers augmente de manière linéaire avec la dose d'éthanol apportée par les boissons alcoolisées, *sans effet de seuil* et que même une consommation modérée d'alcool augmente le risque de cancers. Cette étude conclut qu'en matière de prévention des cancers, en l'absence de dose sans effet, la consommation régulière d'alcool n'est pas conseillée. Elle considère de même qu'en l'absence d'une expertise collective évaluant avec une méthodologie rigoureuse le niveau de preuve de la diminution du risque de maladies cardio-vasculaires associée à une consommation modérée d'alcool, et considérant les risques de dépendance, il n'apparaît pas souhaitable de promouvoir la consommation modérée d'alcool en l'état actuel des connaissances.

Ces conclusions marquaient une évolution par rapport aux recommandations du PNNS datant de 2003¹³⁵ selon lesquelles chez les personnes qui consomment des boissons alcoolisées, cet apport ne doit pas dépasser 20g d'alcool pur par jour.

Conformément aux résultats de cette étude de 2007, la DGS et l'INCA ont publié en février 2009, dans le cadre du PNNS, la brochure « Nutrition et prévention des cancers » à destination des médecins dans laquelle il est précisé qu'« *en matière de prévention des cancers, la consommation d'alcool est déconseillée, quel que soit le type d'alcool* ». Les professionnels de la filière alcool et certains médias ont interprété cette modification de recommandation comme un conseil d'abstinence totale.¹³⁶

La ministre de la santé et des sports a demandé au Haut conseil de la santé publique¹³⁷, d'examiner s'il y avait lieu, au vu d'une expertise du rapport de l'INCa, de modifier les recommandations sanitaires à destination du public.

134 L'expertise a été réalisée par des experts du réseau NACRe en partenariat avec des membres du département Prévention-Dépistage de l'INCA entre juin 2006 et mars 2007. Il a ensuite été relu et validé par plusieurs experts extérieurs en avril-mai 2007.

135 Source : Note d'analyse des recommandations en matière de consommation d'alcool du Haut conseil de la santé publique (1er juillet 2009).

136 Note d'analyse des recommandations en matière de consommation d'alcool du Haut conseil de la santé publique (1er juillet 2009).

137 Par lettre du 11 février 2009.

Dans la note annexée à son avis du 1er juillet 2009 relatif aux recommandations sanitaires en matière de consommation d'alcool, le Haut conseil note que la plupart des recommandations mondiales¹³⁸, prennent en compte le possible effet protecteur d'une faible consommation d'alcool à l'égard des maladies cardio-vasculaires. Le rapport coordonné par l'INCA est plus nuancé sur ce possible effet protecteur, notamment en raison de deux méta-analyses récentes. Le Haut conseil conclut qu'une recommandation nutritionnelle à visée de santé publique ne peut être basée sur une morbi-mortalité spécifique, en l'occurrence le cancer, mais qu'elle doit prendre en compte l'ensemble des effets et impacts potentiels. Il estime donc qu'« il n'y a pas à ce jour d'argument convaincant pour justifier les recommandations actuelles basées sur des repères de consommation, en faveur d'une abstinence totale, telles que les recommandations de l'INCA ont pu être indument interprétées ».

En conséquence, les repères nutritionnels du PNNS pour l'amélioration de l'état de santé de la population générale, disponibles sur manger-bouger.fr recommandaient en 2009 de ne pas dépasser 2 verres de vin par jour (de 10 cl) pour les femmes et 3 pour les hommes.

Ces attermoissements et contradictions dans les recommandations formulées par les experts sur un sujet aussi prioritaire que la prévention des cancers nuisent à la cohérence et affaiblissent la force des messages. La charte relative à la qualité des saisines par la DGS des établissements du CASA, signée le 2 juin 2009, ne répond pas à ces observations.

B - Une approche pluridisciplinaire encore embryonnaire

L'évaluation ex ante dans le domaine de la prévention, appelle une approche globale et pluridisciplinaire appréhendant les aspects scientifiques, économiques et financiers, mais aussi sociaux et sociétaux d'un programme de prévention et de ses effets potentiels.

Comme indiqué précédemment, en Grande Bretagne, le NICE a particulièrement développé l'approche médico-économique. En France, ce type d'évaluation débute. Les évaluations « complètes » qui nécessitent une composition pluridisciplinaires des instances en charge, sont encore balbutiantes

¹³⁸ Dont celles de l'American Heart Association et celles issues du rapport WCRF/AICR138.

La HAS est pour l'instant la seule instance d'expertise qui a commencé à chercher à prendre en compte cette dimension conformément aux missions qui lui sont confiées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.¹³⁹ Le principal avis rendu aujourd'hui correspondant à une évaluation de « troisième niveau » d'exigence tenant compte non seulement de l'efficacité médicale et des coûts associés à l'intervention, mais aussi d'autres considérations notamment sociologiques ou organisationnelles, est celui sur la généralisation du dépistage de l'infection à VIH déjà évoqué. Pour cela, la Haute autorité a mobilisé d'abord des économistes. Puis sont intervenus des experts en sciences humaines, philosophes, sociologues, épidémiologistes, qui ont notamment introduit la considération de l'équité d'accès. Le recours à cette méthode pluridisciplinaire dans le cadre d'une démarche scientifique imposerait toutefois la transparence sur l'ensemble du processus de production de l'expertise. Actuellement, seul l'avis final du collège est rendu public, de telle sorte que les données du débat ne sont pas connues.

Le Haut Conseil de la santé publique ne se situe pas à ce niveau d'analyse. Alors qu'il est chargé par les textes de fournir l'expertise nécessaire à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention, de par sa composition et du fait de la nature des compétences qu'il a recrutées, il réalise assez peu d'études médico-économiques et n'est pas en mesure d'apporter une expertise sociale ou sociétale.

II - Des évaluations ex post peu conclusives

Dans son article 2, la loi de 2004 pose le principe de la définition des objectifs de santé publique tous les cinq ans. La mise en œuvre de cette loi et des programmes de santé qui précisent son application est suivie annuellement et évaluée tous les cinq ans.

La DREES et le HCSP se partagent cette mission, la première étant en charge du suivi des objectifs de santé publique, le second assurant l'évaluation de ces mêmes objectifs. En pratique, à la lumière des rapports produits, la limite entre les deux exercices paraît un peu artificielle. Le document élaboré par le HCSP, s'il présente l'avantage de proposer de nouveaux objectifs en vue d'une prochaine loi de santé publique, n'est pas très différent du suivi de la DREES et s'avère assez

¹³⁹ La commission d'évaluation économique et de santé publique (CEEPS) créée en 2008 en son sein, a ainsi défini trois niveaux de hiérarchisation des études médico-économiques.

peu conclusif sur le bilan à tirer de l'évolution desdits objectifs sur les cinq dernières années.

A - Le suivi par la DREES

Chaque année, la DREES publie un rapport de suivi des objectifs de la loi de santé publique résultat d'un important travail de coordination (plus de 20 organismes partenaires et 85 contributeurs). 75 objectifs ont fait l'objet d'un suivi quantifié en 2009 contre 73 objectifs en 2008, 64 en 2007 et 59 en 2006.

Deux types de sources sont regroupés pour produire le rapport annuel de suivi des objectifs de santé publique :

- d'une part, des données provenant de sources exhaustives qui font l'objet d'un suivi annuel¹⁴⁰ ;
- d'autre part, les données d'enquêtes répétées dans le temps. Elles sont coûteuses, ce qui limite la généralisation de leur suivi à un horizon annuel¹⁴¹ et sont menées pour l'essentiel à un rythme quinquennal.

Le suivi annuel de la DREES, ne correspond donc pas nécessairement à une actualisation de toutes les données.

B - L'évaluation des objectifs de santé publique par le HCSP

Le HCSP a produit son premier rapport d'évaluation en avril 2010. Le diagnostic porté, qui reprend pour l'essentiel les données du dernier

140 Les principales sources sollicitées sont les données médico-administratives venant du PMSI ou de l'assurance maladie, les données issues de l'Inserm-CépiDc (pour les données de mortalité, la dernière année connue étant 2005) et les données de la déclaration obligatoire (tuberculose, VIH-sida, légionellose...) ou les activités de dépistage (saturnisme, radon, pollution de l'eau...).

141 Parmi ces enquêtes, on citera notamment l'enquête santé et protection sociale réalisée tous les deux ans par l'IRDES, l'enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins réalisée en 2004 et 2009, Baromètres santé INPES (tous les 5 ans), les enquêtes santé INSEE reproduites tous les 5 ans, les enquêtes périnatales DREES-INSERM réinterrogée environ tous les 5 ans, les enquêtes de prévalence des infections nosocomiales produites tous les 5 ans par l'INVS, l'enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense réalisée par l'OFDT en 2003 et 2008 ou l'enquête nationale nutrition-santé.

suivi annuel réalisé par la DREES, est assez sévère dans ses constats même s'il n'est pas conclusif.

Sur les 100 objectifs de la loi du 9 août 2004, 56 soit un peu plus de la moitié ont été considérés comme évaluable en 2009. Parmi ces 56 objectifs, 10 seulement s'avèrent globalement atteints et 13 ne le sont que partiellement, c'est-à-dire pour au moins l'une des populations cibles qu'ils visaient ou l'un des sous-objectifs qu'ils comportaient. Parmi les 33 objectifs non atteints, 14 indicateurs associés évoluent favorablement, dans le même sens que le niveau attendu. Enfin, pour 19 objectifs, soit il ne se dégage aucune tendance, soit la tendance est défavorable.

Quant aux 44 objectifs non évaluables, ils se répartissent de la façon suivante :

- 19 étaient non quantifiés ; ils portaient sur l'altération des capacités fonctionnelles et de la qualité de vie liée aux pathologies chroniques invalidantes, ou faisaient intervenir des dimensions sociétales ou éthiques ;
- 25 étaient quantifiables : mais 7 d'entre eux ne disposaient pas d'indicateurs, l'indicateur n'a pas été renseigné sur la période pour 4 d'entre eux; 14 ne présentaient qu'une mesure isolée, sans possibilité de comparaison au cours de la période d'évaluation.

Pour les 10 objectifs qui peuvent être considérés comme globalement atteints, il convient cependant d'apporter des nuances, de même que pour les 13 objectifs partiellement atteints : Par exemple,

- la réalisation de l'objectif concernant l'obésité de l'enfant est entachée de fortes inégalités entre les catégories socioprofessionnelles. Si le niveau-cible de consommation de fruits et légumes est atteint en moyenne, il ne l'est pas chez l'enfant ni dans les CSP défavorisées ;
- le niveau requis concernant l'incidence du sida était déjà atteint avant la promulgation de la loi ;
- si en moyenne l'incidence globale de la tuberculose est stabilisée, ce n'est pas le cas dans toutes les régions ;
- la tendance à la réduction des accidents routiers mortels liés au travail visée dans l'objectif O14, est semblable à celle observée en dehors du milieu du travail, d'où une réserve sur la part de cette réduction attribuable aux actions de prévention en milieu professionnel. De manière globale, concernant les décès et les séquelles lourdes par accident routier, l'objectif

exprimé en termes de mortalité est atteint, mais la fréquence des séquelles lourdes reste non évaluée à ce jour ;

- l'exposition à certains polluants atmosphériques comme l'ozone ou le mercure n'est pas encore suffisamment réduite ;
- les niveaux de couverture vaccinale sont variables selon les vaccinations et les classes d'âge ;
- Pour la santé bucco-dentaire, le bilan est positif, en moyenne chez les enfants de 12 ans, mais pas dans certaines CSP et le bilan est négatif chez les enfants de 6 ans.

Le HCSP a notamment souligné des difficultés liées à l'interprétation des données qui tiennent principalement au fait que :

- l'expression sous forme de valeurs moyennes de la plupart des résultats peut masquer de fortes disparités géographiques, sociales ou professionnelles ;
- l'évolution des indicateurs peut rarement être attribuée uniquement aux politiques spécifiques mises en œuvre dans les suites de la loi ; en effet, elles résultent, le plus souvent, de l'association de différentes mesures, voire de la conjonction de politiques menées par plusieurs services et acteurs ;
- il est délicat de distinguer ce qui peut être attribuable aux politiques mises en œuvre et ce qui relève de l'évolution naturelle du phénomène observé.

Enfin, l'évaluation des objectifs de santé publique par le HCSP repose pour beaucoup sur des données de 2006 et 2007. Elles se comparent aux informations disponibles cinq ans auparavant étudiées à l'occasion de la préparation de la loi de 2004. Dans ce contexte, si le rendez-vous prévu par les textes d'une évaluation à cinq ans est bien respecté, le constat réalisé reflète le résultat des politiques et des plans mis en place antérieurement à la loi de 2004. Ce décalage conduit à proposer un nouveau texte et des inflexions dans la politique menée, avant qu'un bilan des actions engagées consécutivement à la loi de santé publique puisse être réalisé, en particulier celui des différents plans de santé mis en œuvre à sa suite. Si certains ont fait l'objet d'évaluations multiples, notamment le plan cancer, si d'autres évaluations sont en cours, telles que celle du plan psychiatrie et santé mentale par la Cour et le HCSP de manière étroitement coordonnée, un grand nombre ne l'ont pas encore été.

Dans son rapport, le HCSP propose de doubler le nombre d'objectifs de santé publique à retenir à l'avenir pour le porter à 209. Il considère l'ensemble de ces objectifs comme un minimum pour avoir une vision pertinente et suffisamment fine de la situation. Surtout, comme en 2004, les priorités ne sont pas définies et le statut de cet ensemble d'objectifs, outil d'observation de l'état de santé de la population ou indications chiffrées ayant valeur d'engagement, demeure ambigu.

Les limites actuelles de l'évaluation ex ante ne permettent pas toujours de valider l'efficacité des mesures envisagés ni de confirmer la pertinence des choix. Le suivi annuel par la DREES des objectifs et la loi de santé publique de 2004 comme l'évaluation finale faite par le HCSP témoigne des limites du dispositif actuel d'évaluation ex post. C'est donc dans la perspective de faciliter l'évaluation de la prochaine loi de santé publique que sont faites les présentes recommandations.

Recommandation n° 8 : Sélectionner quelques priorités de santé publique et les mettre en œuvre dans le cadre d'un nombre restreint de plans structurés disposant de moyens financiers propres.

Recommandation n° 9 : Dans les autres domaines, élaborer des référentiels visant à améliorer la qualité des pratiques préventives, indépendamment de l'attribution de moyens dédiés.

Recommandation n° 10 : Préciser si les indicateurs de santé publique figurant en annexe de la loi ont valeur d'engagement ou ne servent que de tableau de bord de suivi.

Conclusion

L'étendue du champ de la prévention, qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire, le souci du ministère de démontrer qu'il ne délaisse aucun problème de santé publique, la multiplicité des acteurs tant au niveau national que local, auraient pu justifier que le présent rapport comporte des développements plus longs et plus approfondis sur des politiques qui n'ont été ici qu'évoquées.

A cette vision plus exhaustive, la Cour a préféré un exposé traçant des pistes en vue d'une politique plus efficiente dans la perspective d'une nouvelle loi succédant à celle votée en 2004.

Depuis la loi du 2 mars 2002 relative aux droits des malades qui a défini la politique de prévention puis celle de santé publique du 9 août 2004 qui a fixé 100 objectifs de santé publique et créé une typologie des plans de prévention, un cadre juridique structuré a été donné à la politique de prévention. Cet engagement en faveur de la prévention a été confirmé par le Président de la République dans un discours prononcé le 18 septembre 2008 sur la politique de santé et la réforme du système de soins.

Néanmoins, cette volonté politique s'avère encore insuffisante face à la complexité des mesures à mettre en œuvre, aux questions de nature éthique qu'elles soulèvent, aux intérêts économiques qu'elle peut contrarier.

La politique de prévention s'adresse pour l'essentiel à une population en bonne santé, à qui sont imposés des comportements, des interdictions, des obligations. La question de la preuve scientifique de l'efficacité d'une mesure est donc fondamentale, non seulement ex ante dans des conditions encore expérimentales mais aussi de façon continue lors de la mise en œuvre. Or non seulement ce processus d'évaluation n'est pas suffisant mais la volonté manque de le rendre performant comme en témoigne l'absence de référentiels de bonne pratique pour la prévention spontanée ou la persistance d'un dépistage individuel à côté du dépistage organisé.

L'efficacité de la politique de prévention est pour sa part difficile à vérifier. L'attente d'un retour sur investissement risque d'être déçue dans la mesure où les économistes de la santé considèrent que la prévention engendre avant tout des dépenses. En outre, le coût des actions entreprises demeure mal connu du fait de la complexité des circuits de financement et de l'identification insuffisante des actions de prévention financées par l'assurance maladie au titre du risque maladie.

Si la multiplication des intervenants favorise la diffusion et l'appropriation des pratiques préventives, la dispersion actuelle peut être un facteur d'affaiblissement. Les représentants des intérêts économiques mis en cause par la politique de prévention tirent sans nul doute avantage du défaut de coordination entre les ministères. De même, les insuffisances d'articulation entre les différentes instances d'expertise nuisent à la lisibilité des messages.

La création des ARS et les compétences qui leur sont confiées en matière de santé publique devraient, vraisemblablement, améliorer la conception et la mise en œuvre de la politique de prévention au niveau local. Mais il est trop tôt pour porter un jugement : l'élaboration des schémas régionaux de prévention est en cours.

La politique de prévention exige donc des choix politiques forts validés par des méthodologies rigoureuses et des analyses médico-économiques systématiques. Dans ce contexte, l'incapacité continue à définir des priorités comme la multiplication des objectifs et indicateurs souhaité par le HCSP ne paraissent pas dessiner la voie dans laquelle une politique de prévention efficiente peut prospérer.

Une nouvelle loi de santé publique pourrait être l'occasion de définir une stratégie plus affirmée autour d'objectifs en nombre restreint, mobilisant les financements de l'Etat et de l'assurance maladie dans une logique de mutualisation forte, et s'accompagnant d'un pilotage clair et ferme par un délégué interministériel et d'un dispositif d'évaluation méthodologiquement rigoureux.

Annexes



KCC A0908590 CDC
21/09/2009

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES
MISSION D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE
DES LOIS DE FINANCEMENT
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LIBERTÉ-ÉGALITÉ-FRATERNITÉ

Paris, le 16 septembre 2009

Monsieur le Premier Président,

Conformément à l'article 47-2 de la Constitution, nous avons l'honneur de demander à la Cour des comptes la réalisation de trois rapports d'enquête :

- sur le bilan et l'évaluation de la prévention en santé,)
- sur la lutte contre le cancer et l'évaluation des plans cancer,)
- sur les maisons départementales des personnes handicapées.)

Compte tenu du plan de travail de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), nous vous demandons de bien vouloir nous remettre le premier rapport au plus tard en septembre 2010, le deuxième en février 2011 et le dernier en juin 2011.

Vous remerciant de la précieuse collaboration fournie par la Cour aux travaux de la MECSS, nous vous prions de croire, Monsieur le Premier Président, à l'expression de notre parfaite considération.

Le Président,
JEAN MALLOT

Le Président,
PIERRE MORANGE

Le Président de la Commission,
PIERRE MEHAIGNERIE

Monsieur Philippe SÉGUIN
Premier Président
Cour des Comptes
13 rue Cambon
75100 PARIS 01 SP

Secrétariat de la Mission : Assemblée nationale – Service de la culture et des questions sociales
Division du contrôle et des études culturelles et sociales - 126, rue de l'Université 75355 Paris cedex 07 SP
Tél. : 01 40 63 92 51 ou 01 40 63 65 94 - Télécopie : 01 40 63 55 22 – www.assemblee-nationale.fr

Liste des personnes rencontrées

Direction générale de la santé (DGS)

M. François BARASTIER, chef de cabinet du directeur général

Mme Laurence BASSANO, secrétaire générale adjointe

Mme Fabienne DECOTTIGNIES, chef du bureau « budget, performance et contrôle interne

Mme Sophie DELAPORTE, directrice générale adjointe

M. Alain FONTAINE

Mme Véronique MALLET, chef du bureau programmation, synthèse et évaluation

M. Martial METTENDORFF, secrétaire général

Mme Dominique MOULS, chef du bureau risques infectieux et politiques vaccinales (contact téléphonique)

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

Mme Sandrine DANET, chargée de mission

Mme Annie FENINA, bureau « comptes et prévisions d'ensemble »

M. Malik KOUBI, chef du bureau « comptes et prévisions d'ensemble »

Mme Marie-Anne Le Garrec, bureau « comptes et prévisions d'ensemble »

Haut conseil de la santé publique

M. Thierry LANG, président du groupe de travail « Inégalités Sociales de Santé »

Mme Renée POMAREDE, secrétaire générale

Professeur Roger SALAMON, président du Haut conseil

Professeur Roland SAMBUC, président de la commission spécialisée Evaluation, stratégie et prospective

Dr Anne TALLEC, directrice de l'ORS de Nantes, présidente du groupe de travail du Haut conseil de santé publique sur les politiques régionales de santé

Professeur Jean-François TOUSSAINT, président de la commission spécialisée Prévention, éducation et promotion de la santé

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

M. Pierre ARWIDSON, directeur des affaires scientifiques

M. Pierre BACHELOT, chargé de mission auprès de la directrice générale

M. Philippe GUILBERT, directeur de la programmation

Mme Thanh LE LUONG, directrice générale

Haute autorité de santé (HAS)

Mme Sophie de CHAMBINE, responsable du service « maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades »

M. Patrice DOSQUET, adjoint au directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Mme Lise ROCHAIX, présidente de la commission évaluation économique et de santé publique (CEESP)

M. François ROMANEIX, directeur

Mme Catherine RUMEAU-PICHON, adjointe au directeur de l'évaluation médicale, économique et de santé publique

CNAMTS

Professeur Hubert ALLEMAND, médecin conseil national

Mme Agathe DENECHERE, directrice de cabinet du directeur général

Mme Catherine BISMUTH, directrice des assurés à la direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

Mme Marie-Christine KETERS, responsable du département prévention et information

CCMSA

Dr Penda NDIAYE, responsable du pôle prévention santé de la CCMSA

Dr Hervé TREPPOZ, médecin conseil national par intérim, responsable médical de la prévention

IRDES

Dr Catherine SERMET, directrice adjointe

FNES

Professeur Jean-Louis SAN MARCO, président

Autres

M. William DAB, ancien directeur général de la santé

M. Alain ROUCHE, directeur santé de la fédération française des sociétés d'assurance

Revue PRESCRIRE : Dr Philippe SCHILLIGER, M. Pierre CHIRAC, pharmacien

Centre d'analyse stratégique. Séminaire fermé « Comment bien dépenser pour la prévention ? » du 10 mai 2010 : M. Claude LE PEN, professeur de sciences économiques à l'université Paris-Dauphine, M. Thomas BARNAY, maître de conférences, Mme Florence JUSTOT, docteur en sciences économiques et maître de conférences, Dr Olivier SCEMAMA, adjoint au chef du service évaluation économique et santé publique de la HAS, M. Yann BOURGUEIL, médecin de santé publique à l'IRDES, Mme Stéphanie DESCHAUME, directrice adjointe santé de la caisse nationale du RSI.

