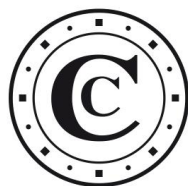


Cour des comptes



LA POLITIQUE DE PRÉVENTION EN SANTÉ

Les enseignements tirés de l'analyse
de trois grandes pathologies

Communication au comité d'évaluation et de contrôle
des politiques publiques de l'Assemblée nationale

Novembre 2021

Sommaire

PROCÉDURES ET MÉTHODES.....	5
SYNTHÈSE	9
RECOMMANDATIONS.....	19
INTRODUCTION.....	23
CHAPITRE I DES RÉSULTATS MÉDIOGRES MALGRÉ UN EFFORT FINANCIER IMPORTANT	29
I - LE POIDS CROISSANT DES TROIS PATHOLOGIES QUE SONT LES CANCERS, LE DIABÈTE ET LES MALADIES NEURO-CARDIO-VASCULAIRES.....	29
A - Trois maladies en forte expansion	30
B - Un impact sanitaire et un coût budgétaire importants	34
II - DES POPULATIONS ET DES TERRITOIRES PLUS AFFECTÉS QUE D'AUTRES PAR CES PATHOLOGIES	37
A - Un « gradient social » très marqué, révélé par une forte surmortalité masculine	37
B - Certains territoires plus affectés que d'autres	41
III - DES DÉPENSES DE PRÉVENTION ESTIMÉES À 15 Md€, ET DONT LA GESTION EST FRAGMENTÉE	44
A - Des dépenses de prévention estimées a minima à 15 Md€, niveau proche de celui de pays comparables	45
B - Un foisonnement complexe d'instruments financiers à l'efficacité incertaine.....	49
IV - DES PROGRAMMES ET DES ACTIONS DE PRÉVENTION AUX RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE LEURS CIBLES ET DES PERFORMANCES ÉTRANGÈRES.....	55
A - Des participations faibles aux dépistages organisés des trois cancers	56
B - Des constats similaires sur la vaccination anti-HPV	57
C - Des programmes de prévention tertiaire également très en dessous des besoins	58
CHAPITRE II UNE STRATÉGIE DE PRÉVENTION RENOUVELÉE, MAIS QUI RENCONTRE DES LIMITES PERSISTANTES.....	61
I - UNE STRATÉGIE DE PRÉVENTION RÉCENTE PLUS VOLONTAIRE, MAIS DES OUTILS DE PILOTAGE ET DE MISE EN ŒUVRE LACUNAIRES	61
A - Une stratégie de prévention interministérielle plus lisible	61
B - Un effort de planification et de programmation qui reste incomplet pour accélérer la mise en œuvre de la SNS	63
II - UNE DÉCLINAISON MAL ASSURÉE DE CETTE STRATÉGIE AUX NIVEAUX RÉGIONAL ET TERRITORIAL	69
A - Des objectifs régionaux de prévention, à la croisée des programmes nationaux et des besoins territoriaux.....	69
B - Une animation territoriale par les ARS qui demeure difficile à exercer	70
C - Des associations spécialisées quasi institutionnalisées, qui sont souvent le relais d'organismes nationaux.....	71
III - UNE ORGANISATION DES SOINS PRIMAIRES INADAPTÉE AU DÉPLOIEMENT DE LA PRÉVENTION	74
A - Une organisation de la médecine de ville peu propice à la prévention	74

B - Des services de santé au travail encore peu ouverts à des missions de prévention plus larges	80
C - Une articulation entre équipes de soins primaires et établissements de santé à consolider.....	83

CHAPITRE III AMPLIFIER LA POLITIQUE DE PRÉVENTION ET ACCÉLÉRER SA MISE EN ŒUVRE.....89

I - AGIR SUR LES FACTEURS DE RISQUES89

A - Redéfinir les objectifs de la lutte contre le tabagisme et accélérer leur mise en œuvre	90
B - Renforcer l'engagement en matière de lutte contre les consommations nocives d'alcool	96
C - Mettre en œuvre la politique de lutte contre l'obésité adoptée en 2019	100

II - DÉVELOPPER ET SYSTÉMATISER LES APPROCHES DE PRÉVENTION DANS LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES104

A - Élargir les catégories de professionnels et leurs compétences en matière de prévention.....	104
B - Utiliser chaque contact avec le système de santé pour proposer des interventions de prévention	107

III - UTILISER LE LEVIER NUMÉRIQUE POUR FAIRE ÉVOLUER LA PRATIQUE DES POLITIQUES DE PRÉVENTION.....111

A - Utiliser les données de santé pour bâtir des stratégies territoriales et sociales mieux ciblées.....	112
B - S'appuyer sur les leçons de la gestion de la pandémie de covid 19 pour progresser dans le ciblage de la prévention en faveur de certaines populations.	114
C - Définir et recueillir les données utiles à l'évaluation de la prévention.....	117

CONCLUSION GÉNÉRALE125

LISTE DES ABRÉVIATIONS127

ANNEXES133

Procédures et méthodes

Les rapports de la Cour des comptes sont réalisés par l'une des sept chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'indépendance institutionnelle des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La contradiction implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

Sauf pour les rapports réalisés à la demande du Parlement ou du Gouvernement, la publication d'un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte, que la Cour se propose de publier, aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées.

La collégialité intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

Le Parlement peut demander à la Cour des comptes la réalisation d'enquêtes, sur la base du 2° de l'article 58 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances (commissions des finances), de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières (commissions des affaires sociales) ou de l'article L. 132-6 du code des juridictions financières (présidents des assemblées).

Par courrier du 13 novembre 2019 (cf. annexe 1) se référant à l'article L. 132-6 du code des juridictions financières et en réponse aux demandes d'enquêtes du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques (CEC) de l'Assemblée nationale pour l'année 2020, le Premier président a inscrit au programme de travail de la sixième chambre une enquête sur les politiques de prévention en santé publique, en précisant qu'*« elle examinera l'organisation et les résultats obtenus pour les principales pathologies »*.

Le présent contrôle a été réalisé en application des normes professionnelles des juridictions financières, notamment celles applicables aux évaluations de politiques publiques.

Comme toute évaluation de politique publique, la présente enquête a été conduite à partir d'une note de faisabilité qui a défini les modalités d'association des parties prenantes et posé les questions évaluatives devant orienter les travaux.

L'association des parties prenantes a été réalisée à travers deux dispositifs : une consultation citoyenne et un comité d'experts. Ce type de formule mixte d'association des parties prenantes peut permettre d'élargir la dimension participative par rapport à la seule consultation d'un comité d'accompagnement, tel que prévu par les normes professionnelles des juridictions financières.

La consultation citoyenne

La consultation de citoyens a comporté deux volets : un volet quantitatif reposant sur un sondage réalisé selon la méthode des quotas par Harris Interactive auprès d'un échantillon de 1 500 français de plus de 18 ans et un volet qualitatif, organisé sous forme de réunions d'un panel citoyen de 20 personnes sélectionnées par l'institut français d'opinion publique (Ifop) en Île-de-France et Centre-Val de Loire sur deux journées : une journée de formation, une journée d'échange sur les constats et les orientations possibles.

Le comité d'experts

Présidé par Raoul Briet (ancien président de chambre à la Cour), il comprend les personnalités suivantes (par ordre alphabétique) : Janine Barbot (sociologue), Michele Cecchini (chef de l'unité de santé publique à l'OCDE), Alain Fischer (pédiatre, coordonnateur de la stratégie vaccinale de l'État contre la pandémie de covid 19), Thierry Lang (médecin épidémiologiste), Didier Ménard (médecin généraliste, président de la fédération des maisons de santé d'Île-de-France), Dominique Polton (économiste, présidente de l'institut national des données de santé) et Monique Ricomes (ancienne directrice générale d'agence régionale de santé). Il a été consulté à trois reprises : au lancement de l'enquête, à la suite du sondage citoyen, à l'achèvement du rapport.

Les diligences accomplies

Indépendamment de l'association des parties prenantes, des échanges ont eu lieu avec la plupart des acteurs de la prévention en France, plus de 200 personnes ayant été auditionnées : les grandes directions du ministère chargé de la santé (DGS, DGOS, DSS, Drees), la Cnam, Santé publique France, la HAS, l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH), l'Inserm, la Mildeca. Les acteurs publics du numérique en santé ont été sollicités (DNS, ANS, Health Data Hub, Collège des Grades, Cnil) ainsi que quelques acteurs privés (DoctoLib, Nabla...).

Quatre déplacements en région (Centre-Val de Loire, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Hauts-de-France) ont été organisés dans le contexte difficile de la crise sanitaire, pour analyser la déclinaison à cet échelon de la stratégie nationale de santé en matière de prévention et les acteurs territoriaux de la prévention.

Un parangonnage international a été établi au moyen d'un questionnaire auprès des conseillers sociaux d'ambassades des pays de l'Union européenne et du Royaume-Uni. Des visioconférences ont été organisées avec les autorités sanitaires et les effecteurs des politiques de prévention au Royaume-Uni.

Des acteurs non-étatiques, œuvrant dans le champ de la prévention, ont également été sollicités, ainsi que les complémentaires santé.

Les associations de patients des trois grandes pathologies, France Asso Santé et les sociétés savantes (santé publique, médecine du travail, médecine générale, cardiologie et oncologie) ont été rencontrées lors de l'instruction et ont pu exprimer leur point de vue.

**

Le projet de rapport a été préparé puis délibéré par la sixième chambre, lors de la séance du 6 octobre 2021, présidée par M. François de la Guéronnière, doyen des présidents de section, et composée de MM. Viola, Rabaté, Fulachier et Fourrier conseillers maîtres, M. Guégano, conseiller maître en service extraordinaire, ainsi que, en tant que rapporteurs, MM. Brunner et Feltesse, conseillers maîtres, Mme Méadel, conseillère référendaire, et M. Bras rapporteur extérieur, en tant que contre-rapporteur M. Noël Diricq, conseiller maître.

Il a ensuite été examiné et approuvé le 21 octobre 2021 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de Monsieur Moscovici, Premier président, Mme Camby, rapporteure générale, MM. Morin, Andréani, Mme Podeur, MM. Charpy, Gautier, Mme Démier et M. Bertucci, présidents de chambre de la Cour, MM. Martin, Meddah, Advielle, Mmes Bergogne et Renet, présidents de chambres régionales et territoriales des comptes, et Mme Hirsch, Procureure générale, entendue en ses avis.

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

Ils sont diffusés par la Documentation Française.

Synthèse

❖ **L'évaluation de la politique de prévention a d'abord conduit la Cour à mesurer son efficacité et son efficience** en présentant les résultats obtenus globalement en matière de prévention des trois grandes pathologies analysées dans cette enquête (cancers, maladies neuro-cardio-vasculaire – NCV – et diabète), ainsi qu'en termes d'inégalités sociales et territoriales.

La Cour a abordé la prévention en santé à travers le cas de ces trois grandes familles de pathologies qui sont éligibles à une démarche de prévention reposant sur la lutte contre des facteurs de risques communs et connus, à la différence d'autres pathologies. Ce choix a également été guidé par l'importance des effectifs qu'elles affectent et des enjeux de santé publique, comme de finances publiques, qu'elles portent. Même si ce choix permet d'aborder la plupart des aspects des politiques de prévention en santé, les autres facteurs déterminants de santé (environnement, conditions de travail, alimentation, habitat, éducation, notamment) ont pu l'être de manière indirecte.

Le constat principal de la Cour est que la prévention de ces trois pathologies obtient globalement en France des résultats médiocres malgré un effort financier comparable à celui des pays voisins.

1 - Les trois pathologies analysées sont en effet en expansion continue, notamment en ce qui concerne les diabètes et les cancers, la mortalité étant moindre en France pour les maladies NCV. En conséquence, leur impact sanitaire comme leurs coûts induits sont très importants :

- les effectifs de malades concernés sont nombreux : 3,9 millions de personnes atteintes de diabète, 5,1 millions souffrant de maladies cardiovasculaires, et 3,3 millions atteintes de cancer. L'infection par le SARS-CoV-2 a révélé que ces personnes ont présenté un risque substantiellement majoré de complications et de décès ;
- ces pathologies mobilisent un quart des dépenses annuelles de l'assurance maladie avec près de 50 Md€. De plus, la dynamique des dépenses d'assurance maladie liées à ces trois pathologies a été plus rapide entre 2015 et 2019 (+ 16 %) que l'évolution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) constatée sur la même période (+ 10 %).

Ces constats sont aggravés par les fortes inégalités sociales et territoriales qui caractérisent les patients affectés par ces trois pathologies. En effet, elles révèlent un gradient social élevé¹, les populations défavorisées à faibles revenus étant plus touchées que les autres. De même, certaines régions comme le quart Est Nord-Est et les régions ultramarines, et plusieurs départements métropolitains situés dans des zones peu denses sont beaucoup plus affectés que les autres.

¹ Le gradient social est la manière dont les inégalités sociales de santé se distribuent au sein de la société.

2 - Les dépenses totales de prévention sont estimées à environ 15 Md€, ce chiffre agrégeant deux composantes très différentes: les programmes institutionnels de prévention (6 Md€ jusqu'en 2019) et les actes de prévention remboursés, estimés en 2016 par la Drees à 9 Md€. Ces dépenses restent mesurées de manière imprécise et incomplète. C'est pourquoi, la Cour des comptes a appelé en 2011 puis en 2017 à définir une méthode d'évaluation des dépenses de prévention et à les identifier dans un sous-objectif de l'Ondam.

En se fondant sur cette estimation, la part du PIB consacrée à la prévention atteint en France 0,63 %, soit un niveau proche des États-Unis, du Royaume-Uni ou de l'Allemagne.

3- Globalement, les résultats obtenus en France sont très éloignés de leurs cibles et des performances d'autres pays comparables.

Ainsi, les programmes de prévention médicalisée (vaccination et dépistage) comme les actions de promotion de la santé, souffrent d'une adhésion ou d'un déploiement insuffisants pour produire des effets significatifs sur les grandes pathologies, malgré une pertinence avérée. C'est le cas des dépistages organisés des trois cancers concernés : col de l'utérus, colorectal et sein qui connaissent des taux de participation très inférieurs à celui de nos voisins européens (seul le dépistage du cancer du sein atteint 50 %, les autres étant plus près de 30 %).

Un constat similaire peut être fait en ce qui concerne la vaccination anti HPV (human papillomavirus), seule vaccination existante en matière de cancers, la France étant très en retard avec un taux de participation de 25 %, la plupart des autres pays étant entre 30 % et 90 %.

D'autres insuffisances peuvent être relevées :

- près de 700 000 personnes sont atteintes de diabète de type 2 sans qu'elles le sachent, du fait d'un dépistage insuffisamment proposé aux patients. La détection étant plus tardive, les risques de complications (infarctus, accident vasculaire cérébral, amputation, cécité, etc.), voire de décès, sont nettement majorés ;
- près de 13 millions d'adultes fument quotidiennement mais moins d'un million par an (6,6 %) bénéficient d'un traitement nicotinique substitutif, même si ce nombre a été multiplié par cinq depuis quelques années ;
- près de 10 % (6,7 millions) des français sont responsables de 58 % de la consommation totale d'alcool nationale, sans être pour autant repérés par leur médecin traitant, pris en charge et accompagnés.

Enfin, les programmes de prévention tertiaire² existants (lorsque la maladie est déclarée) sont également très en deçà des besoins, qu'il s'agisse de l'accompagnement au retour à domicile (Prado) pour lequel seulement 18 000 malades cardiovasculaires sur une population cible d'au moins 1,5 million de personnes sont inclus dans le programme ou de l'accompagnement des diabétiques, avec le programme Sophia qui ne touche que 30 % seulement des diabétiques.

❖ **La Cour a ensuite apprécié la pertinence et l'utilité de la politique de prévention.** Elle constate que la stratégie de prévention française et la gouvernance ont été récemment

² La prévention tertiaire vise à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou récidives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. Un schéma en introduction du rapport précise les notions de prévention primaire, secondaire et tertiaire.

renouvelées mais qu'elles se heurtent à des limites persistantes s'agissant de la déclinaison de la stratégie au niveau national et local et de l'organisation des soins primaires.

La France a redéfini sa stratégie et réorganisé sa gouvernance en matière de prévention à l'occasion de la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016.

1 - Une « stratégie nationale de santé » (SNS) a été élaborée à la fin de l'année 2017 renouvelant la stratégie nationale lancée en 2014. Le nombre d'objectifs a été resserré autour d'une cinquantaine contre une centaine en 2011 (s'agissant de la santé de l'adulte dans le cadre de cette enquête) et ils doivent être évalués par une vingtaine d'indicateurs dont la production a été confiée à la Drees. L'adoption de la SNS est un progrès réel en ce qu'elle montre la volonté d'agir des pouvoirs publics par une approche interministérielle et transversale et qu'elle cible des axes stratégiques pertinents, approuvés par le Haut conseil de la santé publique (HCSP).

À la suite de l'adoption de la SNS, le Gouvernement a arrêté le premier plan national de prévention, le « Plan National de santé publique-Priorité Prévention » (PNSP), lors du comité interministériel pour la santé du 26 mars 2018. Ce plan aborde tous les déterminants de la santé : environnementaux ou comportementaux et leur déclinaison aux différents âges de vie. Un focus spécifique a été mis sur 25 mesures-phares touchant aussi bien la lutte contre le tabagisme, l'alcool que la nutrition, le dépistage de certains cancers ou la vaccination contre la grippe.

Le PNSP ne prévoit toutefois pas d'objectifs nationaux pluriannuels assortis d'un calendrier et coordonnés, concernant l'ensemble des grandes pathologies. Il se limite à renvoyer à d'autres plans existants disposant de leur propre calendrier pluriannuel (par exemple : la stratégie décennale de lutte contre le cancer), sans établir de lien ni de complémentarité d'objectifs et de programmation. De ce fait, ce plan ne peut être véritablement évalué, contrairement à la situation de l'Angleterre, ou encore à celles de l'Allemagne et de l'Italie qui, tout en ayant opté pour une planification pluriannuelle largement décentralisée, l'ont assortie d'indicateurs de résultats chiffrés.

De plus, le PNSP n'établit pas d'articulation précise avec les autres plans de prévention thématiques existants : le Plan logement, le Plan national de réduction du tabagisme, le Plan d'action sur les produits phytosanitaires, le Plan national santé environnement, le Plan santé travail, le Plan national nutrition santé, le Plan national alimentation, le Plan chlordercone aux Antilles, la stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens, le plan national de mobilisation contre les addictions, la stratégie nationale sport-santé, le Plan cancer 2014-2019...

Enfin, le PNSP ne précise pas la répartition des compétences pour sa mise en œuvre entre les différents acteurs, nationaux et régionaux, et ne prévoit pas de déclinaison précise au niveau territorial alors que les ARS jouent un rôle clef en matière de prévention.

En parallèle, une réorganisation des acteurs nationaux a été menée avec la création de l'agence Nationale de Santé publique (ANSP) dénommée Santé publique France par fusion de l'institut de veille sanitaire (InVS), de l'institut national de prévention et d'éducation en santé (Inpes) et de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus). Le comité technique de la vaccination a été transféré du Haut Conseil de santé publique à la Haute Autorité de santé, conformément à une recommandation de la Cour des comptes.

2 - Au niveau territorial, la déclinaison de la stratégie de prévention est mal assurée.

La définition des objectifs régionaux de prévention devrait résulter d'une synthèse entre la déclinaison des plans nationaux et les réalités épidémiologiques très différenciées au niveau territorial. Une approche départementale voire infra départementale est une étape nécessaire dans le ciblage des politiques de prévention. Or les données n'existent que rarement à ce niveau et il conviendrait d'organiser leur recueil à une plus grande échelle dans les systèmes d'informations de la Cnam et des professionnels de santé.

Par ailleurs, les agences régionales de santé (ARS) peinent à assurer l'animation territoriale des acteurs de la prévention, qui sont souvent le relais d'acteurs nationaux. Le nouveau périmètre des grandes régions rend cette animation plus complexe. La régulation conventionnelle du champ de la médecine de ville, et plus largement des professionnels de santé, quasi-exclusivement nationale, les prive aussi de leviers essentiels et les confine dans le registre des expérimentations à la fois lourdes, très fragiles et sans garantie dans le temps.

De plus, les interventions en matière de promotion de la santé sont de fait déléguées à des acteurs associatifs quasi-institutionnalisés, comme les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) et quelques grandes associations nationales, ce qui impose en contrepartie aux ARS d'évaluer systématiquement les résultats obtenus et leur pertinence par rapport aux priorités locales.

Enfin, la complexité des dispositifs de dépistage organisé, désormais régionalisés, leurs résultats médiocres en termes de participation, et les enjeux de professionnalisation devant eux appellent une remise à plat. En ce sens, la démarche d'évaluation en cours de la Cnam et de l'institut national du cancer (Inca) doit être approfondie et confortée pour aboutir rapidement à une plus grande efficacité des dépistages.

3 - L'organisation des soins primaires en France et leur mode de rémunération constituent des obstacles de taille au déploiement de la prévention

Les conditions d'exercice de la médecine générale en France qui repose majoritairement sur un exercice isolé et un paiement à l'acte influent négativement sur l'approche de la prévention, comparativement à d'autres pays, en particulier du fait de la segmentation des acteurs.

La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) peut, dans son principe, aider à décliner efficacement la stratégie nationale de santé. Toutefois, cet outil reste encore trop marginal et la place des indicateurs de santé publique trop réduite dans la rémunération globale des médecins.

De nouvelles modalités d'exercice, plus favorables à la prévention, ont été mises en place récemment : communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS), contrats locaux de santé (CLS), maisons de santé professionnelles (MSP), notamment. Des expérimentations ont aussi été développées avec les pharmaciens pour mesurer les facteurs de risques, avec le soutien des ARS. Il est cependant trop tôt pour en dresser le bilan. D'autres expérimentations proposent des modalités forfaitaires de rémunération pertinentes pour promouvoir les pratiques de prévention. Ainsi, des équipes pluri-professionnelles, exerçant obligatoirement dans une structure collective de soins (MSP ou centre de santé), peuvent opter pour une rémunération forfaitaire prospective (paiement en équipe de professionnels de santé en ville – Peps), pour

tout ou partie (patients diabétiques, patients de plus 65 ans) de leur patientèle. Cette innovation reste néanmoins d'une portée très limitée.

La combinaison de ces exercices collectifs avec des modes de rémunération forfaitisés et un ciblage des populations les plus précaires constitueraient une modalité intéressante de mise en œuvre visant à offrir des actions de prévention à toute la population, tout en les modulant en faveur des publics défavorisés, de manière à réduire le « gradient social », qui mesure la distribution des inégalités sociales de santé en fonction des revenus ou du niveau d'études.

Le champ des services de santé au travail gagnerait également à s'ouvrir à la prévention.

Alors qu'elle représente une dépense annuelle de 1,7 Md€ et 30 % des dépenses dites institutionnelles de prévention, la médecine du travail s'ouvre à peine à une mission de prévention globale et systématique. L'accès à l'espace numérique en santé et au dossier médical partagé, avec le consentement du patient, permettrait de contribuer à un meilleur ciblage des actions de prévention de l'assurance maladie. L'intérêt de prévenir l'entrée dans une ALD des salariés et la lutte contre l'absentéisme, auxquels est susceptible de s'ajouter le coût économique d'un confinement rendu nécessaire pour éviter la saturation du système de soins, sont autant d'arguments pour que la lutte contre les facteurs de risque puisse à l'avenir relever aussi de la médecine du travail.

Enfin, l'articulation entre les équipes de soins primaires et les établissements de santé devrait être consolidée.

La prévention dans les établissements de santé s'exerce principalement dans certaines de leurs missions où ils agissent comme des acteurs de soins primaires (urgences non suivies d'hospitalisation, médecine pénitentiaire, gestion de centres de santé), mais aussi dans le cadre des consultations externes (vaccinations et dépistages très spécialisés, éducation thérapeutique du patient), et enfin de façon plus ponctuelle dans l'activité de séjours comme la réalisation de sevrages complexes. Ils remplissent un rôle de référence, d'appui, de recherche et de formation en matière de prévention en direction des équipes de soins primaires. Les financements de ces activités sont souvent mal définis, précaires, disparates et inadaptés.

❖ **La Cour s'est enfin attachée à définir les conditions permettant de renforcer l'impact de la politique de prévention.** Elle estime que sa refondation est nécessaire pour réaliser un véritable changement d'échelle permettant de réduire les effets des grandes pathologies.

Première orientation : renforcer globalement l'efficacité de la politique de prévention et sa déclinaison opérationnelle.

L'action doit porter à la fois sur le contenu des plans de prévention, sur leur déclinaison territoriale et sur l'amélioration de la prévention médicalisée (dépistages organisés, vaccination) et de la qualité des actions de promotion de la santé. Pour mesurer l'efficacité des politiques de prévention, une mesure exhaustive et annuelle des différentes dépenses doit pouvoir reposer sur une méthode claire, jusqu'alors non définie.

Les plans de prévention doivent à présent fixer des objectifs cohérents entre eux et assortis d'indicateurs chiffrés pour suivre leur mise en œuvre dans le temps et permettre une répartition claire des rôles entre les différents acteurs nationaux et territoriaux. Au plan territorial, le niveau départemental paraît le plus pertinent pour coordonner les acteurs de la prévention, sous l'égide

de l'ARS par l'intermédiaire de leurs délégations départementales. Celles-ci devraient par ailleurs disposer d'un référentiel, approuvé par les autorités sanitaires, des actions de promotion de la santé pour orienter leur choix vers celles qui sont les plus efficaces ou prometteuses.

Enfin, l'amélioration du taux de participation de la population aux dépistages organisés suppose une simplification des circuits des financements et une mise aux normes de leur fonctionnement, sous l'égide de l'Inca.

Deuxième orientation : lutter résolument contre les facteurs de risques.

Depuis 2011, la Cour des comptes a émis un certain nombre de recommandations sur les trois principaux facteurs de risques (tabac, alcool, obésité). Leur mise en œuvre a été inégalement aboutie, notamment concernant l'alcoolisme.

1- En ce qui concerne la lutte contre le tabagisme, même si le nombre de fumeurs a fortement reculé, de près 1,6 million de personnes entre 2016 et 2018, du fait des mesures du plan de lutte contre le tabagisme dans le cadre de la LMSS (paquet neutre, hausse de la fiscalité, etc.), cette amélioration pourrait marquer un coup d'arrêt consécutivement aux confinements successifs et à leur impact sur les habitudes tabagiques des français, dans un contexte d'interruption de l'augmentation forte du prix du tabac.

L'action sur les prix doit être poursuivie, notamment sur le tabac à rouler, comme l'accompagnement au sevrage tabagique qui serait à augmenter fortement. L'interdiction de la vente aux mineurs n'est par ailleurs ni appliquée, ni contrôlée, et encore moins sanctionnée. Enfin, la France vise une génération sans tabac à horizon de 2030 pour les jeunes nés après 2010, échéance qui est éloignée par rapport à celles d'autres pays, comme le Royaume-Uni et sans qu'aient été à ce jour précisés les moyens qui permettraient d'atteindre cet objectif.

2- En matière d'alcool, notre pays se situe dans le groupe de tête au sein des États membres de l'OCDE pour la consommation annuelle moyenne par habitant, consommation qui progresse par ailleurs de manière inquiétante chez les jeunes et les femmes. L'action publique peine dans ce contexte à modifier les comportements et n'utilise pas assez efficacement les leviers existants qui ont démontré leur utilité dans d'autres pays, qu'il s'agisse des actions de prévention s'appuyant sur des messages ciblés, de l'utilisation de l'outil fiscal pour réduire les consommations nocives ou des réglementations en matière de publicité ou d'accès au produit.

Sur les onze recommandations émises par la Cour dans son rapport sur les consommations nocives d'alcool de 2016³, les quatre les plus contraignantes se sont heurtées à un refus formel des autorités : augmentation de la fiscalité, fixation d'un prix minimum, interdiction de la consommation sur le lieu de travail et de la publicité sur internet et les réseaux sociaux.

Faute d'une relance appropriée des actions reconnues comme les plus efficaces pour diminuer les consommations nocives d'alcool, notre pays risque de subir durablement l'impact de l'alcool sur les maladies chroniques. En mai 2021, l'Inserm appelait d'ailleurs de ses vœux une « *feuille de route nationale* » nécessitant « *une volonté politique et un minimum de moyens associés* », avec notamment des actions sur les prix (taxes et/ou prix minimum), des messages de prévention adaptés, une lutte contre le marketing (durcissement de la loi Évin et encadrement

³ Cour des comptes, Rapport public thématique - Évaluation d'une politique publique, « *Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool* », juin 2016., disponible sur www.ccomptes.fr.

de la vente d'alcool) ainsi que la détection des publics à risque par les professionnels de soins primaires (protocole dit « Repérage précoce et intervention brève » ou RPIB), toutes mesures en parfaite adéquation avec les recommandations de la Cour de 2016.

3- En matière d'obésité, si la France est dans la moyenne des pays de l'OCDE, un ensemble de mesures déjà préconisées par la Cour en 2019⁴ restent à mettre en œuvre : parmi celles-ci figurent l'adoption, en concertation avec les industriels, de taux maxima de sel, de sucre et de gras dans la composition nutritionnelle des aliments, l'interdiction de la publicité dans le secteur de l'audiovisuel et du numérique pour certains aliments, l'adoption du Nutri-Score comme référence obligatoire en matière d'alimentation industrielle.

Troisième orientation : augmenter et systématiser les approches de prévention dans les pratiques professionnelles

Chaque contact des usagers avec le système de santé doit représenter une opportunité pour proposer des actions de prévention. Cela passe par l'élargissement du nombre des acteurs de la prévention et la systématisation des pratiques de prévention à chaque occasion qui se présente.

1 - Ce changement d'échelle dans la mise en œuvre de cette politique doit d'abord s'appuyer sur le médecin généraliste

Les médecins généralistes sont aujourd'hui insuffisamment sensibilisés aux enjeux de prévention par les pouvoirs publics, mais aussi peu sollicités sur ces sujets par les patients qui les consultent quasi-exclusivement lors de l'apparition de symptômes. Par ailleurs, la démographie médicale ne permet pas toujours d'y avoir accès : ainsi, 5,4 millions de personnes au moins (8,6 % de la population) n'ont pas de médecin traitant, que ce soit de manière subie ou non.

2 - Ce changement passe aussi par l'élargissement du nombre de professionnels pleinement investis d'une mission de prévention, en dépassant les cadres expérimentaux pour aller vers une généralisation.

Pour pouvoir être mené à bien, ce changement d'échelle repose sur le recours à d'autres médecins, comme les médecins du travail, et à d'autres professionnels de santé, compte-tenu de la démographie défavorable des médecins généralistes. Il s'agit aussi de renforcer la formation initiale et continue à la santé publique et à la prévention.

Biologistes, pharmaciens, infirmiers, podologues sont encore très peu mobilisés en dehors de quelques expérimentations, qui ont du mal à être pérennisées et déployées à grande échelle. Près de vingt protocoles de coopération expérimentaux concernent des actes de prévention, mais ne sont pas validés définitivement, à l'exception notable et réussie du dépistage de la rétinopathie diabétique.

La récente création des assistants médicaux devrait à terme permettre de décharger le corps médical des tâches de suivi vaccinal ou de relance de patients éligibles à des programmes de prévention, qui sont déterminantes pour l'efficacité de ces politiques. Leur généralisation

⁴ Cour des comptes, Rapport d'évaluation pour la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, « La prévention et la prise en charge contre l'obésité », novembre 2019, disponible sur www.ccomptes.fr.

doit donc être étudiée pour permettre de recentrer l'activité des médecins sur les actes de prévention à forte valeur ajoutée médicale.

Enfin, les objets connectés vont replacer le patient lui-même au cœur de sa propre prévention en autorisant des actions d'automesure, à condition que cette évolution soit organisée et accompagnée.

3 - Il s'agit aussi de créer des opportunités ciblées de prévention tout au long de la vie.

Le principe d'une consultation dédiée à la prévention et proposée de manière périodique à la population générale n'est pas coût-efficace, comme le HCSP l'a relevé dès 2009.

En revanche, la médecine de ville ne dispose pas d'un ensemble de référentiels approuvés portant sur la prévention à proposer tout au long de la vie, comme cela peut être le cas dans de nombreux autres pays. Ainsi, en Suisse, les cinq hôpitaux universitaires produisent chaque année un document de synthèse, à destination des médecins généralistes qui récapitule l'ensemble des actions concrètes à proposer à l'occasion d'un contact du patient avec le système de santé. Il n'y a pas d'équivalent en France.

Quatrième orientation : utiliser les données de santé pour faire évoluer la pratique des politiques de prévention et favoriser leur évaluation

En matière de prévention, le levier numérique peut permettre de faciliter trois avancées significatives :

1- la définition des stratégies de santé au niveau territorial, de manière à cerner les inégalités sociales et territoriales à un niveau le plus fin possible. D'autres pays, comme le Royaume-Uni, parviennent en effet à connaître au niveau infra-communal les données épidémiologiques de leur population. Sans aller jusqu'à ce niveau de détail rendu possible par la remontée des données des médecins traitants, il serait utile que des données infra-départementales puissent être également collectées, de manière à définir les actions les plus adaptées sur les territoires concernés.

2 - le ciblage des publics prioritaires qui n'ont pas accès aujourd'hui à la prévention.

Aujourd'hui, le recueil des données utiles et pertinentes, leur chainage et les appariements nécessaires font cruellement défaut pour assurer le ciblage des patients à partir d'une évaluation de leur risque, afin de leur offrir des interventions individuelles de prévention appropriées.

Il serait utile à cet égard de s'appuyer sur les leçons de la gestion de la pandémie de covid 19 en matière de système d'informations sur les dépistages et la vaccination, ainsi que l'ouverture des données au public (*Open Data*), pour se poser la question d'un meilleur ciblage de certaines populations en matière de prévention des maladies chroniques. Avec la multiplication des données utiles à la prévention, le médecin traitant, s'il y avait accès, pourrait en faire bénéficier ses patients et mettre en place des actions de prévention ciblées.

3- Enfin, aucune stratégie de définition et de recueil des données utiles à l'évaluation des politiques de prévention n'est réellement structurée. Aucun pilote n'est clairement désigné. Les outils existants (registres, cohortes, grandes enquêtes de santé) sont mal coordonnés entre eux, ce qui conduit à des redondances ou des lacunes. Ainsi, la France ne dispose pas de registre sur le diabète et les données remontées des professionnels de ville sont quasiment inexistantes.

*
**

Au terme de cette évaluation de la politique de prévention en santé, la Cour constate que son impact sur les grandes pathologies est décevant mais que des progrès peuvent être envisagés, sans nécessairement accroître les moyens mobilisés.

Cette situation, qui nous place fréquemment dans une position peu enviable au regard de pays comparables, et qui s'accompagne de fortes inégalités sociales et territoriales, ne trouve pas son origine dans l'insuffisance de l'effort financier qui serait consacré à la prévention mais dans d'autres raisons plus profondes : des hésitations politiques persistantes dans la lutte contre les facteurs de risques, une organisation des soins primaires et un mode d'exercice professionnel et de rémunération peu favorables à une politique de prévention continue et efficace (on soigne des maladies, on n'accompagne pas une personne dans son parcours de vie et de soins), la faiblesse historique de la culture de santé publique dans notre pays (réticences à imposer des démarches perçues comme attentatoires à la liberté des personnes et à opérer des différenciations ou ciblés dans les politiques publiques).

Des évolutions récentes ont cependant commencé à voir le jour : l'action entreprise – mais ralentie – en matière de tabac a porté ses fruits, la structuration et la formalisation de la politique de prévention ont progressé, des formes nouvelles d'exercice de la médecine commencent à voir le jour et à se développer, même si c'est encore à la marge.

La crise liée à l'épidémie de covid 19 est susceptible de modifier assez profondément la situation actuelle en offrant la possibilité d'accélérer les changements nécessaires : les médecins ont mieux réalisé que les soins relevaient d'un exercice collectif, le « *aller vers le patient* » a cessé d'être un slogan pour se décliner en actions concrètes, y compris en matière de vaccination, l'assurance maladie s'est investie et imposée comme acteur majeur dans la mise en œuvre des politiques de santé publique. À cet égard, la crise apparaît aussi comme une opportunité pour accélérer des évolutions indispensables de notre système de santé.

Recommandations

Première orientation : renforcer l'efficacité de la politique de prévention et sa déclinaison opérationnelle

1. Arrêter une méthode pour estimer chaque année les dépenses réalisées au titre de la prévention dans les remboursements de l'assurance maladie ; ventiler ce montant pour chacune des régions et chercher à répartir les montants entre les trois catégories de prévention (primaire, secondaire, tertiaire). Adapter en conséquence l'information fournie au Parlement à l'appui du projet de loi de financement de la sécurité sociale. (*Ministère des solidarités et de la santé, Cnam, ATIH*).
2. Établir chaque année un référentiel des actions probantes et prometteuses de promotion de la santé, à destination des ARS, pour éclairer leurs décisions de financement en la matière (*MSS, Santé publique France [SPF], Cnam*).
3. Fixer à l'ensemble des plans de prévention des objectifs communs, pluriannuels et assortis d'un suivi de leur mise en œuvre à travers des indicateurs pertinents ; répartir clairement les responsabilités entre le niveau national et le niveau régional tant pour l'État que pour l'assurance-maladie (*MSS*).
4. Mettre en place une conférence départementale des politiques de prévention réunissant sous l'égide de l'ARS, la Cnam, l'inspection d'académie, les collectivités territoriales, les professionnels et établissements de santé, la médecine du travail et les associations concernées, afin de partager des constats épidémiologiques locaux et de coordonner la mise en œuvre des actions de prévention (*MSS- SGMAS, Cnam*).
5. Améliorer le taux de participation aux dépistages organisés (cancer colorectal, cancer du sein, cancer du col de l'utérus), notamment en confiant à la Cnam le déploiement organisationnel et le financement du dépistage et à l'Inca le pilotage des centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (*MSS, Cnam, Institut national du cancer [Inca]*).

Deuxième orientation : lutter résolument contre les facteurs de risques

8. Promouvoir une harmonisation par le haut de la fiscalité des prix de toutes les catégories de tabac au niveau européen. Durcir le régime des sanctions des infractions à l'interdiction de la vente aux mineurs par les buralistes et en assurer le contrôle effectif. Poursuivre la hausse du prix du tabac, notamment sous la forme d'une augmentation forte sur le tabac à rouler (*Minefi, MSS*).
9. Relancer la lutte contre les consommations nocives d'alcool : élaborer un plan national sur l'alcool, agir sur les prix (relever de manière différenciée les taxes et préparer les conditions de fixation d'un prix minimum) et l'accès au produit, mieux encadrer la publicité, développer le repérage précoce (*DGS, Minefi*).
10. Fixer dans la loi des taux maxima de sucre, de sel et de gras dans la composition des aliments industriels, interdire la publicité dans le secteur de l'audiovisuel et du numérique pour certains aliments, faire du Nutri-Score une référence obligatoire en matière d'alimentation industrielle (*MSS, Minefi*).

(N.B. : la liste complète des recommandations antérieures de la Cour sur les facteurs de risque figure en annexe n° 4)

Troisième orientation : transformer les approches de prévention dans les pratiques professionnelles

6. Accroître la part de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) dans la rémunération des médecins et augmenter en son sein la pondération des indicateurs de prévention ; développer rapidement, en cas d'évaluation favorable de l'expérimentation en cours, une rémunération forfaitaire sur le modèle des expérimentations des paiements en équipe de professionnels de santé (Peps) (*MSS, Cnam*).
7. Élargir les missions des services de santé au travail au repérage précoce des facteurs de risque et à la lutte contre les addictions (*MSS, DGT*).
11. Établir une recommandation, actualisée chaque année, sur les actes de prévention (dépistage, vaccination, surveillance des facteurs de risques) que le médecin généraliste doit proposer tout au long de la vie à ses patients et en assurer la promotion auprès des professionnels et du public (*MSS, HAS*).

Quatrième orientation : utiliser pleinement les potentialités du numérique en prévention

12. Intégrer dans la feuille de route « Accélérer le virage numérique en santé » des objectifs de développement des usages et des pratiques de façon à mieux prévenir les maladies chroniques (*MSS, Cnam*).
13. Engager une réflexion et un débat public 1) sur les données sociales et médicales utiles au ciblage des actions de prévention 2) sur l'utilité et la faisabilité, tant technique que juridique, de la transmission par la Cnam aux médecins traitants d'informations concernant leur patient en matière de prévention, en intégrant notamment les critères géographiques et sociaux (*MSS, Cnam*).

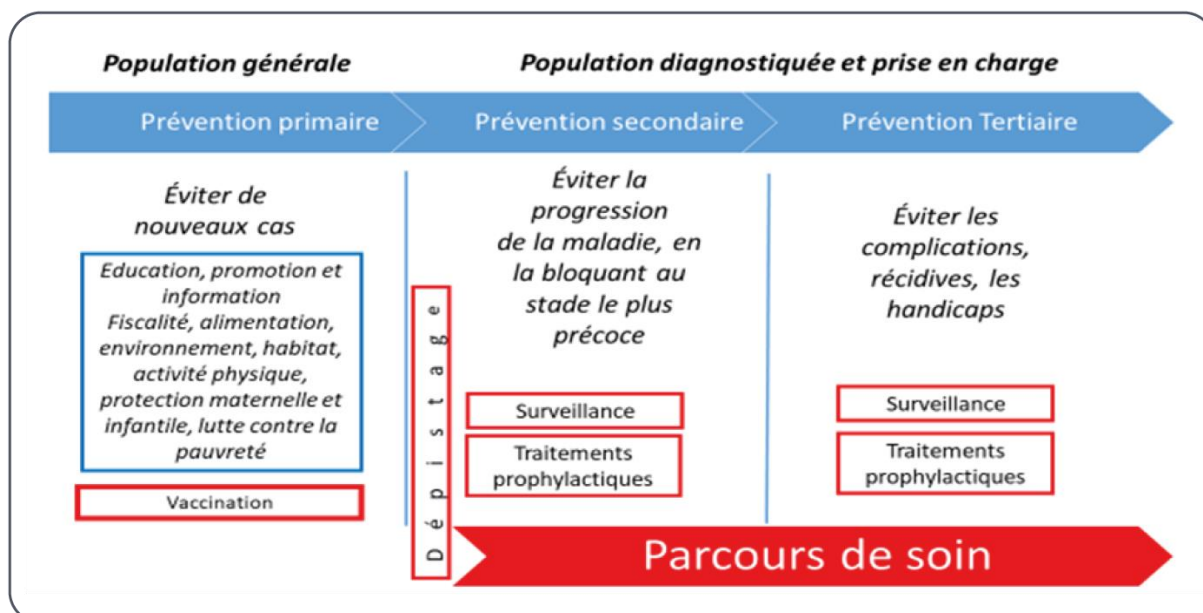
14. Arrêter dans le cadre du Comité interministériel pour la santé (CIS) une stratégie en matière de définition et de recueil des données de santé nécessaires à la recherche en santé publique et à l'évaluation des politiques publiques de prévention. Préciser dans cette stratégie les modalités de pilotage et de mise en cohérence des différents outils utiles à ce recueil, et la manière dont ils sont financés. Cette stratégie doit préciser la nécessité d'un partage des données de santé, dans le respect de la réglementation et des droits des citoyens, en y conditionnant les financements publics (*MSS, MESRI, Cnam*).

Introduction

La prévention a été définie en 1948 par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme l'ensemble des mesures « visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». Ces actions sont classiquement subdivisées en trois catégories.

La prévention primaire vise à diminuer l'incidence d'une maladie ou d'un problème de santé, donc à réduire l'apparition de nouveaux cas au sein d'une population a priori saine, par la diminution des causes et des facteurs de risque. La prévention secondaire a pour but de déceler, à un stade précoce, des maladies qui n'ont pas pu être évitées par la prévention primaire, et d'en bloquer l'évolution. Enfin, la prévention tertiaire a pour objet de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou récidives et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. Ces trois types de prévention peuvent prendre des formes non-médicales (information, promotion de la santé, communication, incitations fiscales, etc.) s'appuyant sur des sciences sociales en plus de la médecine (psychologie, sociologie, géographie, économie) ou bien s'exercer de manière médicalisée comme la vaccination (prévention primaire) ou les dépistages (prévention secondaire).

Schéma n° 1 : les trois catégories de prévention et leur articulation avec le parcours de soin



Source : Cour des comptes

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

Ces trois composantes de la prévention n'ont pas la même valeur en termes d'efficience et d'efficacité : la prévention primaire constitue l'action de prévention de premier rang à

privilégier par principe, car elle prévient la survenue du risque et les coûts qui en découleront pour la société. Les préventions secondaire et tertiaire se situent après l'apparition de la maladie, à un stade plus ou moins avancé et se limitent à en atténuer les effets, leur efficacité dépendant entre autres de la précocité du dépistage et du diagnostic.

La prévention primaire se situe en amont du parcours de soins et s'appuie sur des acteurs qui ne sont pas nécessairement médicaux. En dehors de la vaccination, ces actions entrent dans le champ de l'éducation, de la promotion et de l'information à la santé, qui mobilisent une pluralité d'acteurs : les pouvoirs publics nationaux (avec comme leviers l'autorisation et la réglementation des substances toxiques, la politique fiscale, la politique de la consommation, un régime des infractions en matière d'accès aux produits, la réglementation de l'alimentation, médecine scolaire, lutte contre les addictions, etc.), les acteurs locaux (avec comme leviers le logement, les transports, la protection maternelle et infantile, les activités sportives) ou encore des acteurs associatifs souvent prestataires spécialisés.

Pour définir un champ raisonnable d'analyse des politiques de prévention, la Cour des comptes, en accord avec le CEC, a choisi de centrer son évaluation sur la prévention de trois grandes familles de pathologies : le cancer, les maladies neuro-cardio-vasculaires (NCV) et le diabète de type 2. La Cour a néanmoins formulé des constats et des propositions concernant les politiques de prévention au-delà de ce champ, lorsque cela lui paraissait utile, sans intégrer pour autant certains secteurs de la prévention qui ne pouvaient pas tous être abordés, malgré leur importance : ceux concernant par exemple la santé environnementale, ou encore la santé des enfants et la santé mentale, qui ont fait l'objet de travaux antérieurs ou sont en cours.

Le choix de ces trois pathologies se fonde sur plusieurs raisons.

Elles ont en commun les mêmes facteurs de risque principaux, à savoir la consommation de tabac et d'alcool et l'obésité. À la différence d'autres pathologies qui auraient pu être retenues, la causalité entre ces facteurs de risques (comportements individuels délétères liés au tabac et à l'alcool, mauvaise alimentation, faible activité physique, etc.) est établie scientifiquement et souvent de façon ancienne. Le contenu des politiques à mener n'est donc pas indéterminé sur le plan de la médecine et la pertinence de leur mise en œuvre est acquise et se trouve en dehors d'éventuelles controverses scientifiques.

Ensuite, les enjeux de santé publique qui s'y rattachent sont considérables. Le nombre de cas de cancers évitables par an a été estimé à 160 000 personnes par an, ce qui représente un peu moins que la population d'une ville comme Grenoble, Le Havre ou Dijon. Le ministère évalue à 75 000 les décès annuels liés au tabac et à 49 000 (hors accidents de la route) ceux liés à l'alcool⁵. Ainsi, sans que l'on puisse établir le nombre de décès à la fois imputables en même temps à ces deux facteurs, il pourrait représenter jusqu'à 25 % des décès annuels en France.

Ce nombre annuel est supérieur à celui des décès liés à la pandémie de covid 19 (109 691 décès au 1^{er} juin 2021), dont une grande majorité des victimes ont été, outre les personnes âgées, celles également atteintes d'une de ces trois pathologies. Le risque majoré de décès ou de formes graves pour les malades de ces trois pathologies, et en particulier ceux atteints de diabète

⁵ Selon les dernières données disponibles de l'observatoire français des drogues et toxicomanies (2013 pour le tabac et 2015 pour l'alcool), les morts liées au tabac et à l'alcool (hors accidents de la route) génèrent respectivement au moins 73 000 et 410 000 décès/an. Une autre étude et le ministère de la santé de 2015 les évalue à respectivement 75 000 et 49 000 décès annuels.

et d'obésité, a bien rappelé, s'il en était besoin, la nécessité de combattre au long cours ces facteurs de risques, et ce très en amont des crises sanitaires, afin d'éviter en cas de crise la saturation du système de santé et les coûts économiques considérables liées aux mesures de confinement rendues nécessaires.

Enfin, leurs coûts pour les finances publiques sont considérables : ces trois pathologies affectent 15 % des assurés sociaux (10 millions de personnes uniques) et leur prise en charge représente 23 % des dépenses de l'assurance maladie (47 Md€), ce qui n'a pas d'équivalent pour d'autres maladies. De plus, la croissance des dépenses d'assurance maladie liées à ces trois pathologies a été plus rapide entre 2015 et 2019 (+ 16 %) que l'évolution de l'Ondam constatée sur la même période (+ 10 %). À défaut d'une action déterminée sur les facteurs de risque favorisant le développement de ces pathologies, il en résultera un risque d'éviction au détriment des autres prises en charge ou une dégradation de la trajectoire des dépenses d'assurance maladie. Cet enjeu de soutenabilité est au cœur de la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2018-2022 entre l'État et l'assurance maladie.

Ces données sanitaires et financières permettent de caractériser la dimension du gisement d'efficience et de maîtrise des dépenses publiques, puis de réduction de ces dernières à plus long terme. Elles portent également et surtout la promesse d'un allongement de la durée de vie en meilleure santé. La prévention en santé est une composante essentielle de la politique de santé, qui doit trouver l'équilibre approprié entre préventif et curatif : or, dans notre pays, elle apparaît essentiellement axée sur les soins, avec une focalisation des autorités sanitaires sur l'hôpital public. Ce n'est pourtant pas faute de consacrer à la prévention des efforts budgétaires importants, qui rejoignent le niveau des pays comparables, mais avec des résultats très inférieurs en termes de population atteinte et d'impact sur la santé. En effet, notre situation n'est pas favorable, tant en termes d'inégalités territoriales et sociales de santé que de mortalité pour les grandes pathologies (maladies NCV, cancers et diabète). Or, ces pathologies sont largement évitables par une bonne prévention et une lutte efficace contre les principaux facteurs de risque qui leur sont liées, comme la consommation de tabac et d'alcool ou une alimentation inadaptée.

Les raisons de l'échec relatif de la prévention en France sont multiples : outre la gouvernance, certes renouvelée en 2016, mais qui peine à être assurée de manière coordonnée, avec une dispersion des acteurs tant au niveau national que local, l'implication des professionnels et notamment des médecins généralistes est très limitée notamment parce que les patients consultent avant tout sur des symptômes et que ces professionnels sont rémunérés à l'acte et très peu au parcours de soins. Il faut ajouter à ces obstacles, la difficulté à cibler les populations à risque à partir de données partagées entre les acteurs de santé. Ceci explique aussi bien le niveau des inégalités en matière d'accès à la prévention que l'incapacité à en évaluer les effets et à réorienter le cas échéant la stratégie. C'est pourquoi, une attention particulière est portée dans ce rapport sur l'apport du numérique, notamment en faveur du ciblage des publics prioritaires, ainsi que du suivi et de l'évaluation des actions de prévention.

Cette évaluation de politique publique fait suite à un premier rapport de la Cour sur le sujet publié en 2011⁶.

⁶ Cour des comptes, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, *La prévention sanitaire*, octobre 2011, disponible sur ccomptes.fr.

Les questions évaluatives qui structurent le présent rapport ont été posées en ces termes :

1- L'offre de prévention répond-elle aux besoins (utilité de la politique) ?

En particulier, cette offre est-elle construite au niveau national comme au niveau territorial à partir des besoins dont la satisfaction apparaît comme prioritaire au regard de l'état de santé de la population générale et de ses sous-groupes ? Cette analyse doit conduire à apprécier les stratégies retenues au niveau national (les plans de prévention et la stratégie de santé) comme au niveau régional (PRS).

2- L'accès aux dispositifs de prévention est-il correctement et équitablement assuré (équité) ?

Pour répondre à cette question, il convient d'analyser l'accès aux dispositifs et aux messages de prévention : dépistages, vaccination, dispositifs de lutte contre le tabagisme et les consommations nocives d'alcool, rôle du médecin généraliste et de la médecine du travail, qualité des messages de prévention et de promotion de la santé, notamment. Ceci implique d'examiner les inégalités sociales et territoriales et les conditions du ciblage des usagers qui restent en dehors de la prévention.

3- L'efficacité et l'efficience des programmes de prévention peuvent-elles être documentées et évaluées ?

L'enquête s'est attachée d'abord à mesurer le niveau de la dépense de prévention, ce qui n'est pas chose simple car actuellement l'effort de prévention en France est mesuré à partir des dépenses budgétaires dites institutionnelles et d'une simple estimation des dépenses de l'assurance maladie identifiées comme relevant de la prévention (au total, environ 15 Md€, soit 222 € par an et par habitant et moins de 0,67 % du PIB).

Ensuite, ont été appréciés les résultats obtenus des programmes de prévention mis en œuvre : modification des comportements, opérations « moi(s) sans tabac », taux de la couverture vaccinale pour le HPV, évolution des indicateurs de la Rosp, etc.

Enfin, les évaluations disponibles sur l'impact des dispositifs de prévention ont été examinées pour documenter la réponse à cette troisième question.

4- Dans quelle mesure la prévention des grandes pathologies est-elle pertinente en tant que politique de santé publique ?

De nombreuses questions préalables se posent à ce sujet : dispose-t-on de données pour effectuer l'analyse de l'efficience économique en termes de dépenses de soins évitées par rapport aux dépenses de prévention sur ces grandes pathologies ? Quelle amélioration de la qualité de vie pour la population en résulte-t-il, notamment quant à l'impact des actions sur l'évolution des indicateurs épidémiologiques : diminution de l'incidence et de la prévalence des principales pathologies choisies.

La principale limite réside dans le fait que de tels indicateurs ne peuvent le plus souvent être mesurés qu'à long terme pour les grandes pathologies. Ainsi ne pourra-t-on mettre en évidence un effet de la prévention sur l'incidence du cancer du poumon qu'au bout de plusieurs décennies de la diminution de la prévalence tabagique. Il est par ailleurs très difficile d'attribuer exclusivement un infléchissement de l'incidence d'une pathologie à un dispositif de prévention.

L'analyse des dispositifs de surveillance et le suivi d'indicateurs spécifiques peuvent cependant permettre d'analyser la pertinence des outils disponibles pour évaluer l'impact des politiques de prévention (registres des cancers notamment).

Enfin, ce rapport analyse le contexte renouvelé de la numérisation de la santé utile à la prévention et au ciblage des actions et des publics prioritaires (données massives de santé, objets et dispositifs connectés).

Le présent rapport relève d'abord que la France obtient des résultats médiocres en prévention par rapport aux autres pays malgré un effort financier comparable (I). La stratégie de prévention a été renouvelée mais elle rencontre des limites tenant à sa déclinaison opérationnelle (II). Il convient en conséquence d'amplifier la politique de prévention et d'accélérer sa mise en œuvre, à partir des grandes orientations suivantes : renforcer l'efficacité de la politique de prévention et sa déclinaison opérationnelle, lutter résolument contre les facteurs de risque, transformer les approches de prévention dans les pratiques professionnelles, utiliser pleinement les potentialités du numérique en prévention (III).

Chapitre I

Des résultats médiocres

malgré un effort financier important

Le diabète, les cancers et les maladies neuro-cardio-vasculaires (NCV) occupent une place croissante dans les dépenses d'assurance maladie : leur augmentation a été supérieure à celle de l'évolution annuelle de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie entre 2015 et 2019.

Ces trois pathologies sont à l'origine d'une mortalité prématurée élevée, qui pourrait être évitée par une lutte déterminée et efficace contre les trois facteurs de risques qu'elles ont en commun : l'alcool, le tabac et l'obésité. Le nombre important d'années de vie perdues l'est particulièrement au détriment des populations les plus défavorisées socialement.

L'effort global consacré par la France à la prévention sanitaire reste mal mesuré et repose sur des estimations qui sont désormais anciennes et non-exhaustives. Si les 15 Md€ de dépenses annuelles estimées positionnent la France à un niveau comparable à celui des autres pays de l'OCDE, les dépenses de prévention produisent néanmoins des résultats médiocres, tant au titre des programmes institutionnels de prévention qu'à travers l'activité des professionnels de santé.

Ceci permet d'affirmer qu'en termes d'efficience et d'efficacité, les programmes de prévention n'atteignent pas leurs cibles.

I - Le poids croissant des trois pathologies que sont les cancers, le diabète et les maladies neuro-cardio-vasculaires

Les effectifs de malades concernés par ces pathologies sont importants : 3,9 millions de personnes atteintes de diabète, 5,1 millions souffrant de maladies cardio-vasculaires, et 3,3 millions de personnes atteintes de cancer⁷. Près de 2,3 millions ont au moins deux de ces trois pathologies. Ces personnes ont présenté un risque majoré substantiel de complications et de décès en cas d'infection par le Sars-CoV-2, et sont plus fragiles devant les autres pathologies.

⁷ À celles-ci pourraient être ajoutées près de 8,4 millions de personnes traitées pour risques cardiovasculaires et 0,1 million personnes au titre de la dialyse, ces deux prises en charge se situant pour l'une en amont des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et l'autre souvent en aval d'un diabète (dialyse).

La prise en charge de ces pathologies mobilise un quart des dépenses annuelles de l'assurance maladie avec près de 50 Md€ en traitement curatifs, et s'avère de plus en plus coûteuse pour ce qui est du champ de la cancérologie.

Principales définitions en épidémiologie

- **Incidence** : mesure le nombre de nouveaux cas d'une maladie apparus dans une population donnée pendant une période de temps donnée.
- **Prévalence** : mesure le nombre de cas d'une pathologie à un instant donné. La prévalence dépend de l'incidence et de la durée moyenne de la maladie (survie, guérison). Elle cumule les anciens cas non-guérés et les nouveaux cas vivants.
- **Facteur de risque** : tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme.

A - Trois maladies en forte expansion

Un peu plus de 10 millions de personnes, soit 15 % des assurés du régime général, étaient incluses en 2019 dans au moins une de ces trois grandes familles de pathologies, et 2,3 millions étaient affectées par au moins deux ou trois d'entre elles.

Tableau n° 1 : effectifs des trois principales pathologies dans la population des assurés du régime général (après intégration RSI et régime étudiants) et des sections locales mutualistes en 2019

<i>Effectifs 2019</i>		% assurés
<i>Patients uniquement diabétiques</i>	2 491 946	4 %
<i>Patients atteints uniquement de pathologies cardiovasculaires</i>	3 279 095	5 %
<i>Patients uniquement atteints de cancer</i>	2 115 201	3 %
<i>Patients diabétiques et atteints de maladies cardiovasculaires</i>	964 756	1 %
<i>Patients cancéreux et diabétiques</i>	296 569	0 %
<i>Patients cancéreux et atteints de maladies cardiovasculaires</i>	674 095	1 %
<i>Patients diabétiques, cancéreux et atteints de maladies cardiovasculaires</i>	211 290	0 %
<i>Nombre de patients différents (personnes uniques)</i>	10 032 952	15 %
<i>Nombre de patients au moins diabétiques</i>	3 964 561	6 %
<i>Nombre de patients au moins atteints de cancers</i>	3 297 155	5 %
<i>Nombre de patients au moins atteints de maladies cardiovasculaires</i>	5 129 236	8 %

Source : Cnam, rapport Charges et produits pour 2022 (uniquement des bénéficiaires du régime général ou d'une section locale mutualiste après intégration du RSI et du régime étudiant)

Alors que la population française a augmenté de 0,84 % sur la période 2015-2019, les effectifs pris en charge au titre de ces pathologies croissaient dans le même temps entre 9 % et 10 %.

Tableau n° 2 : évolution des effectifs de ces trois pathologies sur la période 2015-2019

<i>Effectifs en milliers</i>	2015	2019	Évolution en valeur absolue	%
<i>Population française</i>	66 422	66 978	556	0,84 %
<i>Patients atteints au moins de diabète</i>	3 630	3 964	334	9,20 %
<i>Patients atteints au moins de cancers</i>	2 996	3 297	301	10,05 %
<i>Patients atteints au moins de maladies neuro-cardiovasculaire</i>	4 651	5 129	478	10,28 %

Source : Cnam, rapport Charges et produits pour 2022 (figure 8) et Insee

Note : les effectifs par pathologies comprennent les patients atteints d'au moins d'une des trois pathologies de l'enquête

D'ici à 2023, par rapport aux effectifs standardisés (en fonction de l'âge) de 2018, le nombre de malades cardiovasculaires devrait augmenter de 0,6 million, le nombre de diabétiques de 0,46 million et celui de patients atteints de cancers de 0,23 million, selon le rapport « Charges et produits » de la Cnam pour 2021. Ce document a établi des projections des effectifs par grandes pathologies en 2023, en distinguant les effets démographiques, c'est-à-dire la croissance de ces effectifs liée au vieillissement de la population, des effets épidémiologiques de ces grandes pathologies, c'est dire leur croissance non liée au facteur d'âge. L'effet démographique représentait près des deux-tiers et l'effet épidémiologique le tiers restant.

1 - Une prévalence du diabète en progression et qui reste sous-estimée

Le diabète⁸ affecte 5,9 % de la population française (3,9 millions en 2019) et a progressé de 9,2 % (0,33 million) entre 2015 et 2019. Ce chiffre ne prend en compte ni les diabétiques diagnostiqués (environ 270 000 personnes) mais non-traités sur le plan pharmacologique, ni les diabètes non diagnostiqués (soit environ 763 000 personnes), ce qui conduirait à une sous-estimation de la prévalence du diabète de 26 %. Au final, près de 5 millions de personnes en France seraient en réalité concernées par cette pathologie, dont un quart sans le savoir, ce qui renforce les enjeux du dépistage. Les systèmes d'information de l'assurance maladie, qui sont très peu médicalisés, ne permettent pas de distinguer les diabètes de type 1 de ceux de type 2, qui sont pourtant des maladies très différentes.

Le diabète touche une fois et demi plus les hommes que les femmes. Il affecte les classes d'âge élevées, plus d'un homme sur cinq âgé de 70 à 84 ans étant diabétique en France en 2015.

⁸ Santé Publique France donne la définition suivante du diabète : « Le diabète sucré est une affection métabolique, caractérisée par une hyperglycémie chronique (taux de sucre dans le sang trop élevé) liée à une déficience, soit de la sécrétion de l'insuline, soit de l'action de l'insuline, soit des deux. Il existe plusieurs types de diabète : type 1 survenant essentiellement chez l'enfant ou l'adulte jeune ; type 2 survenant essentiellement chez l'adulte ; diabète gestationnel survenant pendant la grossesse ou des types de diabète plus rares résultant de conditions spécifiques ou génétiques. Le diabète de type 2 est la forme la plus fréquente (environ 92 % des cas) et peut évoluer sans symptôme pendant plusieurs années. Son dépistage est réalisé à jeun par une prise de sang qui permet de mesurer la glycémie. Une valeur anormale (supérieure à 1,26 g/l ou 7 mmol/l) doit être confirmée par un second dosage. Outre les antécédents familiaux, les principaux facteurs de risque du diabète de type 2 sont le surpoids et l'obésité ainsi que le manque d'activité physique, facteurs liés aux habitudes de vie et pouvant être limités par des mesures de prévention primaire ».

La gravité de cette pathologie reste sous-estimée en population générale, à la différence du cancer. Selon une étude de Santé publique France de 2016⁹, les complications liées au diabète sont particulièrement nombreuses et fréquentes, renforçant les enjeux de prévention secondaire : infarctus du myocarde transmural, accident vasculaire cérébral (AVC), plaie du pied, amputation de membre inférieur, rétinopathie diabétique, besoin de dialyse ou de greffe rénale.

2 - Une progression soutenue des cancers, notamment du fait du poids du cancer du poumon

Les personnes traitées pour un cancer actif ou sous surveillance en 2019 s'élevaient à 3,3 millions, soit 4,92 % de la population française¹⁰. Ces derniers ont augmenté de 10 % sur la période 2015-2019, ce qui représente près de 0,3 million de cas supplémentaires, sachant que cette prévalence résulte du solde entre les nouveaux cas, les patients survivants et les décès. Son augmentation s'explique par celle de la survie, qui s'est substantiellement améliorée grâce aux nouveaux traitements, alors que les nouveaux cas et les décès sont en baisse.

En 2018, 382 000 nouveaux cas de cancers ont été diagnostiqués (204 600 chez l'homme soit 330 nouveaux cas pour 100 000 hommes, et 177 400 chez la femme soit 204 pour 100 000 femmes). Les hommes représentent 54 % de ces nouveaux cas. L'incidence est globalement stable, en baisse de 1,4 % pour les hommes et en hausse de 0,7 % pour les femmes. Chez l'homme, le cancer de la prostate représentait en 2018 50 400 nouveaux cas, celui du poumon 31 200, et le cancer colo-rectal 23 000. Chez la femme, le cancer du sein représentait 58 500 nouveaux cas, le cancer colorectal 20 100 cas en 2018 et le cancer du poumon 15 100. L'âge médian du diagnostic est de 67 ans chez l'homme et 68 chez la femme.

Le cancer représente la première cause de mortalité chez les hommes et la seconde chez les femmes : 157 000 personnes (89 600 chez l'homme soit 124 décès pour 100 000 hommes et 67 800 chez la femme soit 72 décès pour 100 000 femmes) en sont décédées. Le taux de mortalité standardisé¹¹ est néanmoins en baisse de 2 % chez les hommes et de 0,7 % chez les femmes entre 2010 et 2018. Cette diminution est très largement compensée en valeur absolue par l'accroissement de la population, et l'arrivée des classes nombreuses du *baby-boom* dans les tranches d'âge pour lesquelles le risque intrinsèque s'accroît comme le relève l'Inca. Cet effet démographique est installé pour les vingt-cinq prochaines années. Enfin, la situation de la France en terme de cancers est plus défavorable que celle des autres pays européens en termes de mortalité prématurée selon les standards internationaux (cf. *infra*).

3 - Une croissance très forte des maladies neuro-cardio-vasculaires mais une moindre mortalité que dans d'autres pays.

Les maladies cardiovasculaires et les AVC recouvrent selon Santé publique France « *un ensemble diversifié de maladies fréquentes et graves avec en premier lieu, les infarctus du*

⁹ Santé publique France, « *Le poids du diabète en France. Situation épidémiologique* », novembre 2018.

¹⁰ Cnam, rapport Charges et produits pour 2021, juin 2020.

¹¹ Pour permettre une comparaison valable entre les hommes et les femmes, la standardisation consiste à neutraliser les différences de structure d'âge entre la population masculine et féminine.

myocarde, les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque, les maladies vasculaires périphériques, les maladies hypertensives ».

La Cnam évalue à 5,1 millions les patients atteints d'une maladie NCV en 2019, soit 7,66 % de la population française. Chaque année, on constate environ 120 000 infarctus du myocarde et 140 000 accidents vasculaires cérébraux. Le traitement du risque cardiovasculaire concerne une population plus large encore de près de 8,4 millions de personnes, non prise en compte dans cette étude. Près de 500 000 personnes sont atteintes d'insuffisance cardiaque. On observe au cours des 15 dernières années d'une part une hausse du nombre d'infarctus du myocarde chez les moins de 65 ans, particulièrement marquée chez les femmes, d'autre part une hausse des AVC, désormais première cause de mortalité chez les femmes (la 3^{ème} pour les hommes), et enfin, une augmentation des hospitalisations pour embolie pulmonaire chez les moins de 65 ans.

Avec 150 000 décès au total en 2018 selon l'Institut Pasteur de Lille¹², les pathologies NCV constituent la deuxième cause de décès après les cancers en population générale, avec 25 % des décès annuels, mais la première cause chez les femmes¹³. Entre 2002 et 2014, la mortalité qui leur est liée a néanmoins baissé de 13,5 %¹⁴. Bien qu'élevé, le taux de mortalité cardiovasculaire en France reste le plus faible d'Europe. En 2019, la mortalité par maladie cardiaque ischémique frappait 80 personnes pour 100 000 habitants et la mortalité par AVC 56 personnes pour 100 000 habitants en France, contre 176 et 96 respectivement dans l'Union européenne (après neutralisation des différences de structure par âge de la population)¹⁵.

À cet égard, la situation de la France se compare favorablement vis-à-vis de tous ses voisins.

Un risque majoré de forme sévère et de mortalité des patients atteints de ces trois pathologies, observé au cours de la pandémie de Sras-Cov-2

Dans le cas de la covid 19 comme pour d'autres affections, les patients déjà atteints de pathologies chroniques ou avec des facteurs de risques (obésité, hypertension artérielle) sont par nature plus susceptibles de développer des formes graves et de conduire à des décès que le reste de la population. Il s'agit en particulier de ceux atteints de diabète et d'obésité.

Des travaux de recherche du CHU de Lille¹⁶ relevaient dès le 7 avril 2020 que « *dans une étude de cohorte portant sur 124 patients (CHU Lille), l'obésité sévère (IMC 35 kg/m²) augmente considérablement le besoin de ventilation mécanique chez les patients admis en unité de soins intensifs pour le Cov2 du SRAS, indépendamment du diabète et de l'hypertension artérielle*¹⁷ ».

¹² 62 870 chez les hommes et 73 300 chez les femmes (maladies cardiovasculaires : recherche, facteurs de risque et prévention - Institut Pasteur de Lille (pasteur-lille.fr)).

¹³ Insee, bilan démographique 2014 qui enregistre au total 555 000 décès pour 2014.

¹⁴ Aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

¹⁵ OCDE, *Health at a glance*, 2019.

¹⁶ « *High prevalence of obesity in severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2) requiring invasive mechanical ventilation* », *Obesity*, 2020.

¹⁷ Le professeur Mercé Jourdain du CHU de Lille a présenté sur les réseaux sociaux en avant-première le 7 avril 2020 les principaux résultats de l'étude.

Une autre étude, Coronado¹⁸, portant sur le risque pour les malades diabétiques de faire une forme grave ou d'être intubés, et incluant 2 951 patients diabétiques dans 68 centres hospitaliers, a identifié huit facteurs péjoratifs (dont certains traitements pour le diabète ou des complications cardiovasculaires) et trois protecteurs. Elle concluait le surpoids majeure le risque de forme sévère de la maladie, et l'obésité celui d'une intubation.

Une analyse de Santé publique France¹⁹ portant sur le premier semestre 2020 observait que 30 % des patients hospitalisés diabétiques au titre de la covid 19 ont été admis en unités de réanimation et de soins intensifs continus (Ursic), et 25 % sont décédés à l'hôpital.

Ce constat souligne la nécessité de suivre et traiter les facteurs de risques (obésité, hypertension, tabac, alcool) de façon plus affirmée, très en amont des crises épidémiques, pour en limiter les effets lorsque ce genre d'évènement survient.

B - Un impact sanitaire et un coût budgétaire importants

Tant sur le plan de la santé publique que budgétaire, ces trois familles de pathologie font peser une charge importante aussi bien en termes d'années de vie perdues en bonne santé, que de dépenses publiques, dont la croissance dépasse largement celle de l'Ondam sur les dernières années.

Le poids de ces pathologies s'apprécie particulièrement au regard de la mortalité prématurée. Elle est particulièrement élevée chez les hommes en France. Selon la définition de l'Insee (décès avant 65 ans²⁰, cf. annexe 3), 19 % des décès (118 690²¹ décès sur 619 286) rentrent dans cette définition, dont 42 550 décès chez les femmes et 76 140 chez les hommes, soit 1,7 fois plus de décès prématurés chez les hommes que chez les femmes. En tendance, une légère baisse peut être observée chez les hommes et à l'inverse l'indicateur ne se s'améliore plus chez les femmes (hausse du cancer du poumon, hausse des maladies cardiovasculaires). Les cancers représentent la première cause de mortalité prématurée (40 % en moyenne : 36 % des décès masculins et 47 % des décès féminins)²², devant les morts violentes²³ (17 %) et les maladies cardiovasculaires (12 %). Les pathologies liées à l'alcool représentent 6 % de ces décès prématurés. Cancers et maladies cardiovasculaires représentent ainsi la moitié de ces décès prématurés et très souvent évitables, car accessibles à des mesures de prévention.

Le poids de ces maladies s'apprécie de manière plus fine au-delà de la mortalité prématurée avec la notion d'années de vie perdues en bonne santé, les maladies chroniques se manifestant de plus en plus par des incapacités fortes. Les travaux du « *Global Burden of disease* » (GBD) en fournissent un bon indicateur.

¹⁸ « *Diabète et covid 19 : les leçons de Coronado* », Médecine des maladies métaboliques, tome 15 n° 1 février 2021.

¹⁹ « *Hospitalisations pour covid 19 au 1^{er} semestre 2020 chez les personnes traitées pharmacologiquement pour un diabète en France* », Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) covid 19 n° 4, 23 mars 2021.

²⁰ Le Haut Conseil de Santé Publique considère que l'âge de 75 ans devrait être celui permettant de caractériser la mortalité prématurée, néanmoins l'Insee poursuit le calcul avec l'âge de 65 ans et l'OCDE avec celui de 69 ans.

²¹ Cela représente la population d'une ville comme Besançon.

²² Données Eurostat cités dans « *Mortalité prématurée* », La santé observée dans les pays de Loire, 8 février 2016, ORS Pays de Loire.

²³ Il s'agit des suicides et des accidents de la route. Cela concerne essentiellement la tranche d'âge de 18 à 35 ans.

Un standard international sur les causes de mortalité et le poids des maladies dans le monde : Le « *Global Burden of Disease* »

Le *Global Burden of Disease* (GBD) est une étude annuelle internationale qui vise à quantifier les effets sur la santé de plus de 100 maladies et blessures dans huit régions du monde (171 pays), en estimant la morbidité et la mortalité selon l'âge, le sexe et la région géographique. Elle s'appuie sur une collaboration de plus de 1 800 chercheurs de 127 pays. Elle est placée sous la direction de l'investigateur principal Christopher Murray à l'Institute for *Health Metrics and Evaluation* (IHME) de l'université de Washington. Celle-ci met en ligne depuis 2012 les résultats issus des données transmises par chaque pays. Il s'agit d'un standard international sans équivalent et le seul outil permettant une comparaison internationale reconnu par toutes les autorités publiques en matière de santé publique.

L'étude du GBD permet notamment de mesurer l'impact sur l'espérance de vie en bonne santé (Daly's²⁴) de chacune des grandes pathologies. En 2019, les cancers représentaient 19,74 % des années de vie en bonne santé potentiellement perdues pour les pays d'Europe de l'Ouest contre 21,28 % pour la France. S'agissant des maladies cardiovasculaires la France est en meilleure situation avec 12,82 % des Daly's pour la France contre un taux de 16,05 % pour les pays d'Europe de l'Ouest.

La France participe à cette étude internationale depuis le début. Elle travaille également à déployer ces méthodes dans le cadre de l'initiative européenne du « *European Burden of Disease Network* ». Santé publique France et la Cnam ont noué une convention pour mettre en œuvre les méthodes d'estimation permettant de mesurer le nombre d'années de vie perdues. Il se base sur les données du centre d'épidémiologie sur les causes médicales des décès (CépiDC) en matière de causes médicales de mortalité, dont les dernières disponibles datent de 2016. Les premiers résultats de ces travaux ont été publiés dans le rapport charges et produits pour 2022 publié fin juin 2021, et font apparaître entre 7,3 millions et 10 millions d'années de vie perdues, selon l'hypothèse retenue en terme d'espérance de vie. Les cancers représentent 35 % de ces années de vie perdues et les maladies de l'appareil circulatoire 18 %. Ces deux causes représentent près de la moitié des années de vie perdues.

L'enjeu pour la France, au regard de ces travaux internationaux, est de décliner au niveau régional et local cette analyse, comme l'agence anglaise *Public Health England* l'a fait. Ceci constituera un puissant levier de ciblage et donc d'efficience de la politique de prévention.

Les dépenses de l'assurance maladie obligatoire liées à ces trois pathologies représentent un montant de 47 Md€, en progression de 16 % sur la période 2015- 2019. Leur croissance est supérieure à celle de l'Ondam (+ 10 %). Si l'écart entre ces deux taux se maintient dans les années à venir, ces pathologies risquent donc à terme de mobiliser une part croissante de l'évolution annuelle de l'Ondam : la hausse des dépenses liées à ces trois pathologies représentait 33 % de l'évolution annuelle de l'Ondam en 2015, et 41 % en 2019. Il y a donc dans les actions de prévention de ces trois pathologies, un enjeu de maîtrise de la trajectoire des dépenses d'assurance maladie de moyen et long terme.

²⁴ *Disability adjusted life years* : il s'agit de l'espérance de vie corrigée de l'incapacité, à savoir la mesure de l'espérance de vie diminuée du nombre d'années de vie « perdues » à cause de la maladie, du handicap ou d'une mort précoce.

Tableau n° 3 : dépenses d'assurance maladie pour les trois grands groupes de pathologie

<i>en Md€ (tous régimes)</i>	2015	2016	2017	2018	2019	Evol. 19/15
<i>Cancers</i>	16,3	17,1	18,2	19	20,1	23 %
<i>Diabète (I et II)</i>	7,8	7,7	8	8,2	8,6	10 %
<i>Maladies cardiovasculaires</i>	16	16,4	17	17,3	17,9	12 %
<i>Total périmètre de l'enquête</i>	40,1	41,2	43,2	44,5	46,6	16 %
<i>Montant Ondam (réalisé)</i>	181,8	185,1	190,7	195,2	200,3	10 %
<i>% dans les dépenses de l'Ondam</i>	22 %	22 %	23 %	23 %	23 %	
<i>Hausse annuelle des dépenses des 3 pathologies en Md€</i>		1,1	2	1,3	2,1	
<i>Hausse annuelle de l'Ondam</i>		3,3	5,6	4,5	5,1	
<i>Part de la hausse annuelle des trois pathologies dans celle de l'Ondam</i>		33 %	36 %	29 %	41 %	

Source : Cnam, rapport Charges et produits cartographie des dépenses pour 2022 – version juillet 2021 (tous régimes)

Note : Champ : régime général (y compris sections locales mutualistes) extrapolé à l'ensemble des régimes. Cartographie version juillet 2021 (G8)

La prise en charge des cancers explique la majeure partie (+ 23 %) de cette hausse, avec une progression de 0,6 Md€ à 1 Md€ chaque année sur cette période. Au-delà de la hausse des effectifs dans cette pathologies, les innovations thérapeutiques (comme les immunothérapies, les CAR T Cells²⁵) ont fait croître le coût des prises en charge de 16 %, celui-ci passant de 5 155 € par patient et par an en 2013 à 5 979 € en 2018²⁶.

Pour les maladies cardiovasculaires comme pour le diabète, la progression des effectifs explique à elle seule l'essentiel de la croissance des dépenses. Le coût annuel par patient est resté stable pour le diabète et a même baissé de 3 % pour les maladies cardiovasculaires sous l'effet de la baisse des prix de certains médicaments. La tendance haussière devrait se poursuivre dans les prochaines années selon l'assurance maladie : des taux moyens de croissance annuelle des dépenses liées à la prise en charge de ces pathologies compris entre 1,7 % par an pour les cancers, 2,3 % pour le diabète et 2,5 % par an pour les malades cardiovasculaires, sur la période 2018-2023²⁷.

²⁵ Les CAR-T cells (pour cellules T porteuses d'un récepteur chimérique) sont des thérapies géniques. Ces nouveaux traitements – utilisés pour le moment en onco-hématologie – sont fabriqués à partir des lymphocytes T du patient qui, une fois modifiés génétiquement et réinjectés, sont capables de reconnaître et de détruire spécifiquement les cellules cancéreuses. Ils sont administrés en une injection unique (Haute Autorité de santé).

²⁶ Cnam, rapport Charges et produits pour 2021 (juillet 2020).

²⁷ Source : Cnam, Rapport charges et produits pour 2021 (juin 2020).

II - Des populations et des territoires plus affectés que d'autres par ces pathologies

Ces trois pathologies, tout comme les facteurs de risques communs associés (tabac, alcool, obésité), affectent davantage certaines populations, notamment les plus défavorisées. Celles-ci ont en effet peu spontanément recours au système de santé, a fortiori dans sa dimension préventive, alors même que le système de santé n'est pas organisé pour « aller vers » elles. Ces populations se concentrent sur certains territoires, souvent d'anciens bassins miniers ou industriels ou des communes ou quartiers urbains défavorisés.

A - Un « gradient social » très marqué, révélé par une forte surmortalité masculine

Les écarts constatés de la prévalence de ces pathologies dans la population s'expliquent principalement par les déterminants sociaux (revenu, logement, éducation, etc.) qui dessinent un gradient social, révélateur d'inégalités sociales de santé.

Les inégalités sociales : concepts et illustrations

Les inégalités sociales en santé représentent les causes, inévitables et évitables, des problèmes de santé auxquelles les populations sont soumises, que ce soit à l'intérieur d'un pays ou entre différents pays. Elles traduisent le fait que les populations ne sont pas sur un pied d'égalité en ce qui concerne leur santé, et elles reflètent les inégalités qui existent au sein d'une société ou entre différentes sociétés.

Ainsi, en 2016, l'Insee publiait l'espérance de vie selon le diplôme, et montrait, notamment, que l'espérance de vie des hommes diplômés du supérieur dépassait de 7,5 ans celle des non diplômés²⁸.

Le gradient social traduit la manière dont les inégalités sociales de santé se distribuent au sein de la société selon une stratification souvent en terme de niveau de revenu ou de niveau d'étude.

Selon la même étude de l'Insee, l'espérance de vie à 35 ans pour un homme, entre 2009 et 2013, était de 48,2 ans pour les personnes diplômées de l'enseignement supérieur, 46,4 ans pour celles titulaires d'un baccalauréat, 44,7 ans pour celles titulaires d'un CAP ou BEP et 43,6 ans pour les personnes du niveau brevet ou CEP et 40,7 ans pour les personnes sans diplôme.

Les déterminants de la santé sont tous les facteurs qui influencent l'état de santé d'une personne, et qui sont de différentes natures. Ils comprennent d'une part des critères biologiques et physiologiques, tels que le sexe, l'âge ou le patrimoine génétique, et d'autre part les déterminants de la santé.

Les conséquences des inégalités sont en général de deux ordres : une espérance de vie significativement plus faible de plusieurs années pour les catégories défavorisées, et un nombre supérieur d'années affectées par la maladie ou le handicap. Ceci entraîne de nombreuses situations de dépendance ou de handicap nécessitant l'aide d'un tiers, voire des incapacités

²⁸ Insee.fr.

professionnelles conduisant à des pertes de revenus²⁹. Elles constituent un motif d'entrée dans la pauvreté ou d'aggravation de celle-ci, renforçant l'intérêt d'une prévention sanitaire plus active.

Les facteurs de risque communs aux trois pathologies étudiées sont particulièrement déterminés par le revenu et le diplôme.

Les inégalités face au tabac sont visibles à la fois globalement et en tendance, avec une baisse du tabagisme plus ou moins forte constatée sur les dernières années, consécutivement aux augmentations tarifaires.

Globalement, 42,7 % des chômeurs fumaient quotidiennement en 2019, contre 25 % en population générale. Chez les jeunes, la prévalence du tabac dans les lycées professionnels³⁰ est plus élevée que dans les lycées généraux. Les secteurs professionnels en aval de ces formations sont en conséquence davantage affectés : le bâtiment et les travaux publics, la restauration et l'hôtellerie, les transports et les spectacles.

En tendance, entre 2000 et 2019 selon Santé publique France et l'observatoire des inégalités³¹, le taux de fumeurs quotidiens, est de 31 % au sein des populations aux revenus les moins élevés (contre 30 % en 2000), de 24 % chez celles aux revenus intermédiaires (contre 31 % en 2000) et enfin de 18 % pour les revenus les plus élevés (contre 23,8 % en 2000)³².

Le lien entre le niveau de revenu et la consommation d'alcool existe également, mais n'est pas aussi exclusif que pour le tabac : il varie également selon l'âge et le sexe. La dernière enquête de Santé publique France en 2017³³ a cherché à mesurer le respect du « repère de consommation »³⁴. Parmi les résultats, les auteurs de l'étude relèvent : « (...) la population dépassant ce repère était majoritairement masculine, en emploi, de niveau de diplôme inférieur ou égal au baccalauréat ; environ un tiers de cette population avait un revenu mensuel net inférieur ou égal à 1 200 euros ». La combinaison de ces deux facteurs de risques est également très forte : 80 % des personnes présentant une dépendance à l'alcool présentent aussi une dépendance au tabac.

Enfin, concernant la prévalence du surpoids et de l'obésité dans notre pays, plusieurs études ont été menées, parmi lesquelles l'Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006) et

²⁹ Les inégalités de vie en bonne et en mauvaise santé, Emmanuelle Combois, : approche démographique et état des lieux ADSP n° 113, avril 2021.

³⁰ C'est aussi le cas dans les centres d'apprentissages et les maisons familiales et rurales.

³¹ L'observatoire des inégalités est un organisme indépendant d'intérêt général qui a pour objectif de mesurer les inégalités.

³² Observatoires des inégalités, « Tabac : un marqueur social », 2021, (inegalites.fr) et Santé publique France, BEH n° 14, mai 2020.

³³ Santé publique France, BEH n° 10-11, « Nouveau repère de consommation d'alcool et usage : résultats du baromètre de Santé publique France 2017 », 26 mars 2019.

³⁴ Ce repère est constitué de trois dimensions : 1/ ne pas consommer plus de 10 verres standard par semaine, 2/ pas plus de 2 verres standard par jour et 3/ avoir des jours dans la semaine sans consommation. L'objectif de l'étude était de situer la consommation hebdomadaire d'alcool observée en France en 2017 par rapport à ce nouveau repère.

l'étude Esteban (2015)³⁵. La comparaison des données de surpoids (obésité incluse) en fonction du sexe et du niveau de diplôme montre une surreprésentation à la fois des hommes par rapport aux femmes (même si les taux progressent davantage chez les dernières) ainsi qu'une plus forte proportion de personnes en surpoids dans les catégories sociales au niveau scolaire moindre.

Les pathologies favorisées par ces facteurs de risques sont elles-mêmes marquées par les inégalités sociales.

En 2017, une étude a relevé une prévalence du diabète deux fois plus élevée chez les bénéficiaires de la CMU-C (4 %) de moins de 60 ans que chez les non-bénéficiaires (2,1 %)³⁶. Une autre étude de Santé publique France a mis en évidence une progression des maladies cardiovasculaires proportionnelle à l'indice de désavantage social de la commune, à structure d'âge identique. Pour les moins de 65 ans, le lien est encore plus manifeste et concerne davantage les hommes³⁷. Des constats similaires ont été faits dans le champ du cancer, singulièrement pour celui du poumon. Une étude a démontré que le risque de développer ce cancer augmente à mesure que le niveau d'études diminue³⁸, même si des expositions professionnelles peuvent également expliquer une partie ce résultat.

Plus affectées par les facteurs de risques étudiés dans cette enquête, les catégories socio-professionnelles défavorisées ont également un recours moindre aux offres de prévention et au système de soins primaires. Les raisons en sont nombreuses : la représentation souvent surestimée de leur propre santé, celle à l'inverse souvent minorée des facteurs de risque et des pathologies (*a fortiori* quand les conséquences se manifesteront plusieurs années, voire dizaines d'années plus tard), l'attention portée par les professionnels de santé dont il a été démontré qu'elle varie en fonction du statut social du patient³⁹ et les coûts des dispositifs, en sont les principaux facteurs explicatifs, comme de nombreuses études en France l'ont mis en évidence. Enfin, elles ont un recours beaucoup plus tardif au système de santé et présentent de ce fait des pathologies à un stade avancé, avec pronostics plus défavorables, ainsi que des difficultés d'observance aux traitements ou aux conseils hygiéno-diététiques qui leurs sont délivrés⁴⁰.

³⁵ Santé publique France, BEH n° 13, « *Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006* », juin 2017. Santé Publique France gère cette étude nationale dont elle précise ainsi la fonction : « *Esteban est une nouvelle étude nationale de santé publique. Elle vise notamment à mesurer notre exposition à certaines substances de l'environnement, à mieux connaître notre alimentation et notre activité physique et à mesurer l'importance de certaines maladies chroniques dans la population. Construite pour être répétée tous les 7 ans environ, Esteban permettra de recueillir, sur le long terme, des données précieuses pour développer une vision plus globale de la santé, qui associe environnement, alimentation, nutrition, activité physique et maladies chroniques* »

³⁶ Santé Publique France, « *Le poids du diabète en France. Situation épidémiologique* », novembre 2018.

³⁷ Santé Publique France, « *Mortalité cardiovasculaire et désavantage social en France en 2011* », avril 2016.

³⁸ « *Les inégalités sociales de santé ne sont pas seulement une affaire de comportement individuel. L'exemple du cancer du poumon chez les hommes* », G. Menvielle, Soépidmio, 26 septembre 2019.

³⁹ « *Is perceived social distance between the patient and the general practitioner related to their disagreement on patient's health status ?* », Patient and education counseling n° 91, avril 2013.

⁴⁰ « *La contribution des soins de proximité à la réduction des inégalités sociales de santé* », Sandrine Danet, Actualité et dossier en santé publique n° 113 avril 2021.

L'exemple québécois : le lien entre soins de ville et services sociaux

L'idée de proposer un bouquet de services alliant des soins primaires avec des services sociaux a émergé peu à peu au Québec en 1972 autour des centres locaux de services communautaires (CLSC). Au début des années 2000, les services sanitaires et sociaux, proposés jusque-là à l'initiative des promoteurs de ces centres et organisés par quartier, ont été standardisés et rendus obligatoires, en s'intégrant dans les programmes développés par le ministère de la santé et des services sociaux. Devenus des centres de santé et de services sociaux (CSSS) en 2004, ils ont été rationalisés une nouvelle fois en 2015 pour devenir des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISS). Leur nombre a été significativement réduit (de 182 à 28), quelques-uns sont devenus universitaires (CIUSS), d'autres se sont spécialisés ou sur-spécialisés, introduisant une forme de gradation dans l'offre de soins primaires de services sociaux.

En parallèle a été prônée la doctrine du « aller vers », empruntée au domaine de la lutte contre la pauvreté, et qui vise à projeter les acteurs de la promotion de la santé, professionnels de santé ou non, au-devant des populations qui restent éloignés du soin, afin de les motiver à prendre soin d'eux notamment par des actions de prévention préservant leur capital santé.

En France, la loi du 26 janvier 2016 en a apporté une première transposition avec la création de la médiation en santé, qui vise à améliorer l'accès aux soins et à la prévention, à ce jour limitée au champ des établissements publics de santé (article L. 1110-13 du code de la santé publique). La Haute Autorité de santé en a élaboré les référentiels dès 2017⁴¹, mais cette pratique reste peu développée, faute de financements et de personnes formées. Les communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS), créées par la même loi, intègrent une compétence en matière de prévention.

L'accès plus facile à des offres de prévention pose la question de la gratuité de ces dispositifs, c'est-à-dire de leur prise en charge complète sans avance de frais. Le reste à charge comme l'avance de frais constituent en effet pour les personnes défavorisées un obstacle rédhibitoire dans l'accès à la prévention et aux soins. Deux illustrations peuvent en être apportées : la prise en charge du vaccin *human papillomavirus* (HPV) et celle des traitements nicotiques avant 2019. Le taux de couverture vaccinale au HPV des jeunes filles présente à cet égard en France de fortes disparités sociales, comme le relevait Santé publique France en 2019⁴². Ce vaccin n'est à ce jour remboursé qu'à 65 % (en dehors de certains centres de vaccination), entraînant un reste à charge qui peut être dissuasif. Cet obstacle devrait prochainement être levé : la feuille de route de la stratégie décennale du cancer prévoit en effet sa prise en charge à 100 % avant 2024⁴³. S'agissant des traitements nicotiques substitutifs, l'efficacité de leur prise en charge à 100 % a été démontrée en 2013, notamment en direction

⁴¹ Haute autorité de santé, « *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soin* », juillet 2017.

⁴² Santé publique France, BEH n° 22-23, « *Influence des facteurs socio-économiques sur la vaccination HPV chez les jeunes filles en France* », 17 septembre 2019 : « *Au niveau de la commune, la vaccination était associée à l'indice de désavantage social, la taille de l'unité urbaine, le taux d'immigrés et l'accessibilité aux gynécologues. Globalement la prévalence de la vaccination à HPV diminuait lorsque le niveau de désavantage social de la commune de résidence augmentait mais cette association était variable selon le département* ».

⁴³ Stratégie décennale contre le cancer 2020-2024, Feuille de route 2021-2025, Fiche action I.6 page 14 : « *La vaccination sera proposée à chaque enfant de 11 ans, fille- garçon (et ses parents) avec une accessibilité facilitée et sans avance de frais d'ici 2024* ».

des populations les plus jeunes et les plus défavorisées, qui sont aussi celles qui sont le plus dépendantes au tabac⁴⁴.

B - Certains territoires plus affectés que d'autres

Les inégalités sociales de santé et la mortalité prématurée qu'elles induisent ne se répartissent pas de façon homogène sur le territoire. Les inégalités territoriales en matière de prévention révèlent aussi la difficulté d'accès aux professionnels de santé, ce qui peut renforcer l'éloignement des interventions de prévention de certaines populations. Pour être efficaces, les politiques de santé publique doivent chercher à mieux identifier ces territoires et y affecter des moyens de prévention renforcés.

L'élargissement géographique des régions a rendu les résultats des analyses épidémiologiques plus « homogènes » entre les régions, mais a masqué les disparités infra-régionales. Seules quelques régions cumulent des hauts niveaux de facteurs de risque ou des incidences de pathologies chroniques élevées et se différencient des autres : il s'agit de l'outre-mer et des Hauts-de-France. Pour les autres, les échelles départementales - et infra-départementales avec la notion de territoires de santé - apparaissent plus précises et pertinentes en termes d'analyse.

Certains indicateurs, comme la prévalence du diabète traité pharmacologiquement et des maladies cardiovasculaires, sont typiques de la carte de ses inégalités territoriales. Ils sont d'ailleurs liés, car nombre de diabétiques développent des maladies cardiovasculaires.

1 - De fortes inégalités dans la répartition territoriale des maladies neuro-cardio- vasculaires

Les maladies NCV se caractérisent par de fortes inégalités sur le plan territorial. Santé publique France a mené une étude au niveau départemental sur la mortalité prématurée de l'ensemble des maladies cardiovasculaires sur la période 2013-2015. Les auteurs de l'étude constatent que la carte de cette mortalité recoupe celles des facteurs de risque évitable⁴⁵.

Cette surmortalité concerne essentiellement le Nord, le Nord Est et les régions ultramarines. Les chiffres des départements ultra-marins sont très au-dessus de la moyenne nationale (+ 50 % environ) et plusieurs départements de la région des Hauts de France ont des écarts à la moyenne nationale très élevés : le Pas de Calais, l'Aisne, le Nord, comme ceux de la

⁴⁴ Santé publique France, BEH n° 20-21, « Évaluation coût-efficacité de la prise en charge à 100% du sevrage tabagique par l'assurance maladie », 28 mai 2013 : « Une politique globale incitant tous les fumeurs à arrêter de fumer présente l'avantage d'aider également les personnes les plus dépendantes, lesquelles sont généralement les plus socialement défavorisées et, par voie de conséquence, les plus susceptibles d'échouer. En prenant en compte ces arguments socio-économiques ainsi que les résultats d'efficacité favorables de notre étude, la couverture publique des programmes médicaux d'aide à l'arrêt apparaît être une décision politique efficace pour le maintien de l'équité d'accès aux soins dans notre société ».

⁴⁵ Santé publique France, BEH n° 24, « Disparités potentielles d'années de vie perdues par mortalité prématurée en France (2013-2015) », 29 septembre 2020.

région Grand Est : les Ardennes, la Meuse et l'Aube. D'autres départements en dehors de ces régions présentent également des taux très défavorables : la Lozère et surtout la Nièvre.

Les difficultés d'accès aux professionnels de santé, et plus largement aux intervenants de prévention, ont été identifiées comme des causes des inégalités tant territoriales que sociales de santé. L'implantation des médecins généralistes apparaît en miroir des inégalités de santé territoriales et sociales. Les travaux d'un géographe de la santé ont identifié 398 cantons prioritaires sur 3 735 (avant la réforme de 2016) présentant à la fois une surmortalité prématurée supérieure à la moyenne nationale et une densité de médecins généralistes inférieure de plus d'un quart à la moyenne nationale. Leur implantation correspond en grande partie à la région des Hauts-de-France, à la Normandie, l'Yonne, l'Aube et la Nièvre⁴⁶. D'autres études ont démontré que les actes pratiqués dans ces zones sous-denses étaient différents de ceux des zones où les médecins ne manquaient pas ou moins⁴⁷, elles ont mis en évidence des temps de consultation plus courts et des prescriptions de soins paramédicaux moindres, faute de professionnels non médicaux installés également pour les réaliser. Cette difficulté de pouvoir accéder facilement à un médecin peut ainsi conduire à des pertes de chance en terme de dépistage, à un suivi vaccinal moindre ou à une prévention secondaire moins rigoureuse.

2 - Un constat similaire s'agissant du diabète

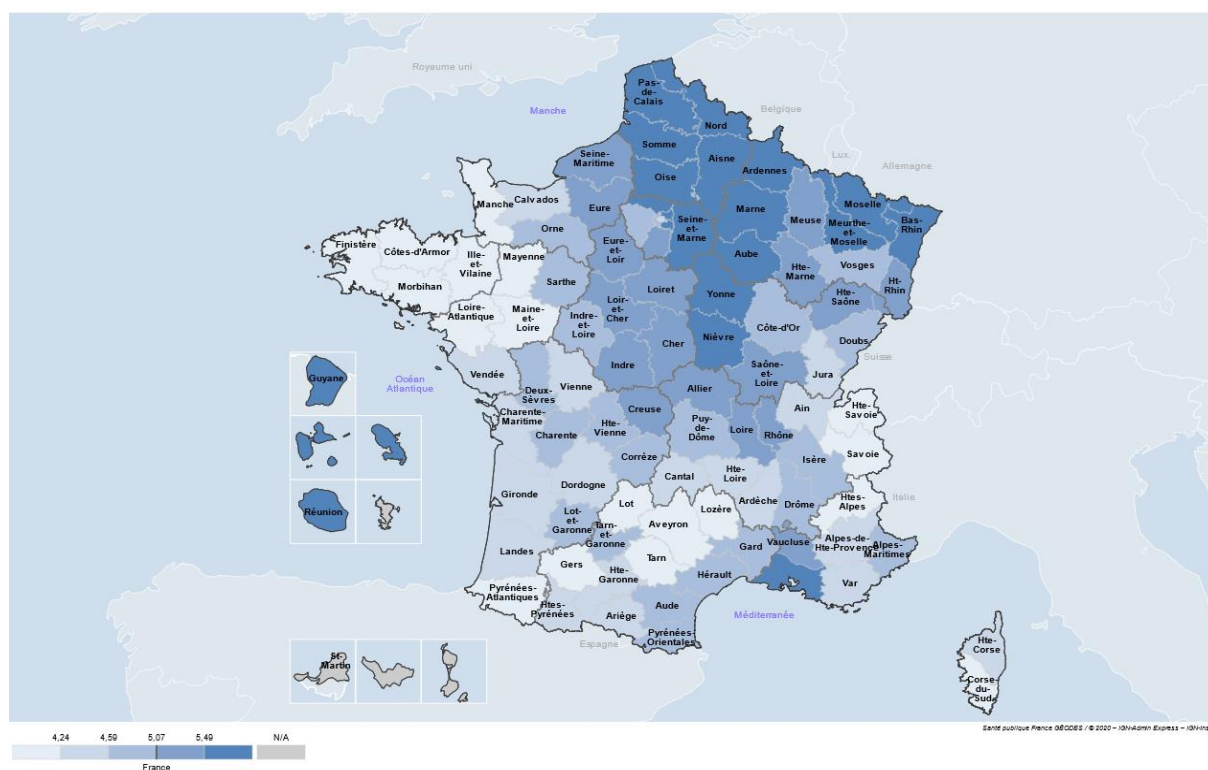
Le diabète affecte plus particulièrement les mêmes territoires que les maladies cardiovasculaires, avec quelques différences. Au niveau départemental, la Seine-Saint-Denis présente un taux standardisé 1,5 fois plus élevé que sur l'ensemble du territoire, le Val-d'Oise (1,3 fois), le Pas-de-Calais (1,3 fois), l'Aisne, le Nord et les Ardennes (1,2 fois). La prévalence du diabète était 1,4 fois plus élevée chez les hommes résidant dans les communes métropolitaines les plus défavorisées que chez ceux des communes métropolitaines plus favorisées. Ce ratio était de 1,7 pour les femmes⁴⁸.

⁴⁶ Fehap, « Les centres de santé : une géographie rétrospective » Emmanuel Vigneron, 2014.

⁴⁷ « Comportements et pratiques des médecins : exercer dans les zones les moins dotées, cela fait-il une différence ? », Revue française des affaires sociales, 2019/2 pages 213 à 219.

⁴⁸ Santé publique France, « Le poids du diabète en France. Situation épidémiologique », novembre 2018.

Carte n° 1 : taux de prévalence du diabète traité pharmacologiquement



Source : Santé publique France, observatoire cartographique Géodes

Dans les départements, régions et territoires d'outre-mer, la situation est bien plus défavorable qu'en métropole : ces départements enregistraient les taux de prévalence standardisés encore plus élevés, notamment en Guyane (9,7 % en 2017), Guadeloupe (10,3 %) et à la Réunion (11,2 %). À structure d'âge égal, les taux sont deux fois plus élevés à la Réunion, 1,8 fois en Guadeloupe et 1,7 fois en Guyane. Ces chiffres sont en outre vraisemblablement sous-estimés car, comme déjà indiqué, de nombreux diabétiques ne sont pas diagnostiqués.

Une situation en outre-mer toujours très dégradée, qui représente un enjeu majeur de prévention.

La Cour des comptes a publié en 2016 un rapport public thématique intitulé « *La santé outre-mer : une responsabilité de la République* »⁴⁹. Les constats épidémiologiques et sociaux réalisés n'ont pas connu d'améliorations substantielles depuis, s'agissant des maladies envisagées dans le cadre de cette enquête. Conformément aux recommandations de la Cour, la LMSS de 2016 a modifié la rédaction de l'article L. 1411-11 du code de la santé publique (CSP) pour rendre obligatoire la définition d'une stratégie nationale de santé spécifique à la santé outre-mer, associée à une programmation pluriannuelle des moyens. Au sein de celle-ci, figurent un axe prévention qui vise une meilleure connaissance épidémiologique des pathologies qui affectent les populations ultra-marines, et un autre sur la prévention du diabète et des cancers.

⁴⁹ Cour des comptes, rapport public thématique, « *La santé dans les outre-mer : une responsabilité de la République* » mars 2016, disponible sur www.ccomptes.fr.

III - Des dépenses de prévention estimées à 15 Md€, et dont la gestion est fragmentée

Du fait de l'intrication entre les prestations curatives et préventives, de l'éclatement des responsabilités en matière sanitaire, combinées à l'hétérogénéité des financeurs et des acteurs de la prévention, les dépenses de prévention sont difficiles à circonscrire en France. Elles agrègent deux composantes : les programmes institutionnels de prévention et les actes de prévention remboursés.

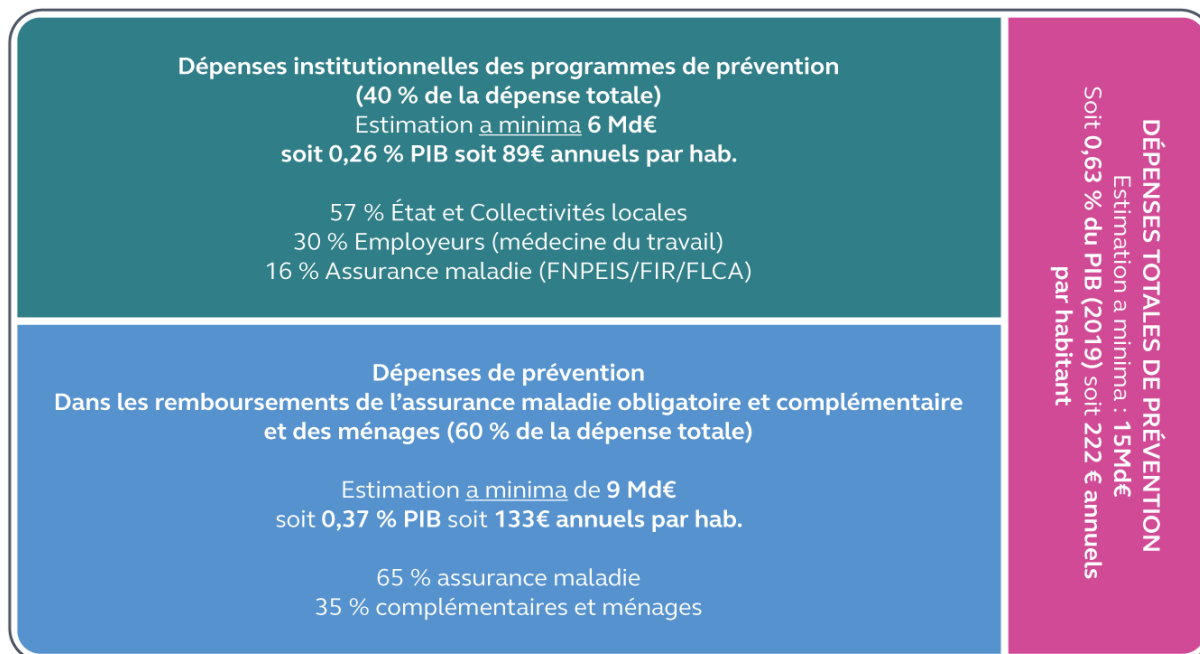
La somme de ces deux catégories représente un effort total estimé en 2016 à environ 15 Md€⁵⁰, soit un niveau comparable à celui des pays de l'OCDE. Cela représente environ 222 € par an et par habitant, se répartissant entre des programmes institutionnels de prévention de l'ordre de 6 Md€ (89 € par habitant et par an)⁵¹, des remboursements de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, et des dépenses assumées par les ménages, pour un montant d'environ 9 Md€ (133 € par habitant et par an)⁵². Cet effort est proche de celui des autres pays de l'OCDE, à près de 0,6 % du PIB.

⁵⁰ Elles sont estimées à 15,2 Md€ dans l'avis Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) du 28 juin 2017 « *Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé* » (p. 35) et à ce montant par la Cour des comptes également dans le rapport public thématique de novembre 2017 « *L'avenir de l'assurance maladie* » (pp. 146 et 147). Les dépenses de prévention ont été estimées par la Drees à 14,9 Md€ pour l'année 2016, dont 9,1 Md€ dédiés à la prévention non institutionnelle (Drees, Panorama, Les dépenses de santé en 2017, édition 2018). Pour la suite de ce rapport, on retiendra le chiffre de 15 Md€.

⁵¹ Les dépenses de prévention institutionnelle ont été estimées à 6,2 Md€ pour l'exercice 2018 (Drees, Panorama, Les dépenses de santé en 2018, édition 2019). L'édition 2021 de ce Panorama (publié le 10 septembre 2021) évalue ces dépenses de prévention sur le champ de la dépense courante de santé au sens international (DCSi), et non plus de la dépense courante de santé jusque-là utilisée par la Drees, ainsi certaines dépenses concernant la prévention dans le champ de l'environnement et de l'alimentation en ont été exclues car elles n'entrent pas dans la définition internationale de la dépense courante de santé : « *Les dépenses de prévention liées à des actions sur l'environnement (hygiène du milieu, lutte contre la pollution, sécurité alimentaire) ont été retirées du compte car elle n'entre pas dans le champ de la définition de la dépenses de soins courante au sens international (DCSi)* ». Ce changement de méthode les ramène ainsi à 5 Md€. Dans la suite du présent rapport portant sur les exercices de 2011 à 2021, il a été retenu le chiffre au sens de la DSC publié dans les éditions précédentes de la Drees, soit un chiffre de l'ordre de 6 Md€.

⁵² La part de l'AMO représente 6,6 Md€ sur les 9,1 Md€ dans l'étude de la Drees.

Schéma n° 2 : répartition des dépenses de prévention entre les programmes institutionnels et les prises en charge préventives dans le système de soins



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

Outre que ce chiffre n'est pas exhaustif pour ces deux composantes, il ne permet pas de détailler le contenu de la dépense, par ailleurs très éclatée entre différents instruments financiers, et dont l'efficacité demeure incertaine.

A - Des dépenses de prévention estimées a minima à 15 Md€, niveau proche de celui de pays comparables

1 - Une difficulté à appréhender exhaustivement les dépenses institutionnelles.

Les dépenses institutionnelles sont un agrégat de dépenses sanitaires, défini en 2015 par l'OCDE pour disposer d'un indicateur normé et commun au sein de cet ensemble de pays hors changement de méthode. Selon l'annexe 7 des projets de loi de financement de la sécurité sociale, la prévention dite institutionnelle regroupe « les actions de prévention financées ou organisées par des fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux »⁵³.

⁵³ Aux termes de l'annexe 7 du PLFSS 2020, la prévention institutionnelle « est composée de dépenses de prévention primaire, qui vise à éviter l'apparition ou l'extension des maladies (vaccins, etc.), de prévention secondaire, qui tend à repérer les maladies avant leur développement (dépistages, etc.), de prévention collective à visée comportementale (lutte contre les addictions, éducation à la santé, etc.) et environnementale (lutte contre la pollution, sécurité sanitaire de l'alimentation, prévention des risques professionnels, etc.) » Elle est principalement constituée de la médecine scolaire, de la médecine du travail et des programmes de prévention du ministère des Solidarités et de la Santé et des départements (programme « MT'dents », subvention au planning familial, PMI, etc.).

Ce montant, calculé chaque année par la Drees, est resté stable sur la période sous revue autour de 6 Md€.

Elles retracent principalement quatre grands groupes de dépenses : les cotisations des employeurs relatives aux services de santé au travail ainsi que les fonds de prévention des accidents du travail⁵⁴, les dépenses prises en charge par l'assurance maladie au travers du financement de trois fonds, celles prises en charge par l'État au travers de certains programmes pour tout ou partie⁵⁵, et enfin celles des collectivités locales (essentiellement la protection maternelle et infantile). Cet ensemble ne donne pour autant qu'un aperçu partiel de la prévention institutionnelle.

La lecture du document de politique transversale annexée au projet loi de finance pour 2021 montre que les programmes de prévention portés par différents ministères sont bien plus nombreux que ceux retenus dans l'agrégat des dépenses institutionnelles de la Drees. Ce document identifie des dépenses de prévention dans 24 programmes budgétaires, alors que les dépenses institutionnelles au sens de l'OCDE ne sont recensées par la Drees qu'à partir de sept programmes. En outre, la recherche en santé publique reste un angle mort pour ces deux agrégats. Les équipes de recherche de l'institut thématique multi-organisme (Inserm-Aviesan) imputées sur le programme 172 n'apparaissent dans aucun des deux agrégats pour les dépenses de fonctionnement. Quelques actions de recherche en santé publique y sont retracées mais ne sont pas consolidées. Les registres, les cohortes, les grandes enquêtes de santé, qui émargent sans réelle cohérence à la fois sur des crédits du budget de l'État, ceux du programme investissements d'avenir (PIA) ou encore dans des recettes au titre des missions d'enseignement de recherche, de référence et d'innovation des établissements de santé (Merri), ne figurent pas non plus dans la mesure des dépenses institutionnelles (cf. *infra*). Il s'agit pourtant d'une donnée clé.

La mesure des dépenses de prévention des collectivités locales reste insuffisante et la Drees travaille à mieux identifier celles relevant notamment du bloc communal pour les prochaines mises à jour de la dépense institutionnelle de prévention. Les compétences en matière de prévention ont fluctué au cours des quarante dernières années : les lois de décentralisation ont confié aux collectivités locales une compétence obligatoire en matière de prévention⁵⁶ qui est devenue optionnelle en 2004⁵⁷. Les collectivités locales mènent

⁵⁴ Les 0,22 Md€ de dépenses de prévention des risques professionnels sont composées des dépenses de prévention de l'Office public de prévention du BTP (OPPBTP), des dépenses du programme budgétaire 111 « Santé et sécurité au travail » (Action A01) et des dépenses du fonds de prévention des AT-MP de la CCMSA et du Fonds de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (FPATMP) de la Cnam.

⁵⁵ Les programmes 204 (prévention et sécurité sanitaire), 206 (sécurité et qualité alimentaire), 181 (prévention des risques et lutte contre les pollutions), 129 (coordination du travail gouvernemental), 157 (Handicap et dépendance) et 137 (égalité entre les hommes et les femmes) ainsi qu'une partie du programme 230 (Vie de l'élève).

⁵⁶ Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État. Les actions de dépistages et de vaccination sont confiées aux centres communaux de santé et aux services départementaux, dans le prolongement de leurs compétences sur la PMI.

⁵⁷ Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relatives aux libertés et responsabilités locales L'article 71 de cette loi a re-centralisé les politiques de prévention décentralisées lors des lois de 1982 (articles L. 1423-1 et L. 1423-2, L. 3111-11 et 12, L. 3121 du CSP), tout en permettant aux collectivités locales de poursuivre ces compétences dans un cadre contractuel avec l'État. Cela concerne essentiellement les départements (contraception, IST, Tuberculose, accès aux soins des plus précaires).

essentiellement des actions de prévention dans le prolongement de leur compétence en matière de protection maternelle et infantile, ou en faveur des personnes âgées.

Les dépenses des programmes de prévention développés spécifiquement par les complémentaires santé⁵⁸ ne sont pas non plus retracées, aucune consolidation n'étant effectuée à partir des données des fédérations des trois grandes familles de complémentaires. Ces actions de prévention sont pourtant importantes : la prévention de problèmes dentaires, celle de la dépendance et du handicap, mais aussi des interventions de prévention dans le champ des maladies chroniques, parfois en lien avec des actions de prévention de l'employeur dans le cadre de contrats de groupe (autoévaluation du risque cardiovasculaire, aide à l'arrêt du tabac, conseils hygiéno-diététiques, etc.).

2 - Des dépenses de prévention dans les remboursements de l'assurance maladie seulement estimées, faute de méthode permettant de les isoler.

Une analyse de l'OCDE⁵⁹ a établi une comparaison de ces seules dépenses institutionnelles entre les principaux pays de l'organisation. La part du PIB consacrée à ces dépenses pour la France reste stable à 0,26 % depuis 2011 mais la seule prise en compte des dépenses dites institutionnelles (6 Md€), déjà non-exhaustive, sous-estime en effet très largement le volume des dépenses de prévention, l'essentiel des actions étant réalisé dans le cadre des actes dispensés en médecine de ville pour l'essentiel, et retracé dans les remboursements de l'assurance maladie (a minima 9,1 Md€) selon une estimation de la Drees publiée en 2018, portant sur les exercices 2012 à 2016.

Dans cette même étude de 2017, l'OCDE consacre un développement à cette spécificité française. Les actes de prévention des professionnels de santé, remboursés par l'assurance maladie, sont en réalité « *inclus dans les catégories soins curatifs et biens médicaux dans les données françaises* », et ce à la différence des pays où la dépense de santé est prise en charge soit par le budget de l'État (Royaume Uni) ou des collectivités locales (Canada), ou même par des assureurs (États-Unis), qui sont plus proches de la notion organique de programmes institutionnels et donc de dépenses institutionnelles. Ainsi la France ne prend pas en compte une grande partie de la vaccination qui est dispensée en dehors des programmes de prévention ; elle ne prend pas en compte non plus les très nombreux dépistages pratiqués en dehors des dépistages dits organisés, et elle ignore par ailleurs la part consacrée à des conseils hygiéno-diététiques et de prévention dans les consultations des médecins de ville ou hospitaliers. L'essentiel des dépenses de prévention ne figure donc pas dans la mesure des dépenses institutionnelles au sens de l'OCDE et les comparaisons internationales se trouvent ainsi biaisées.

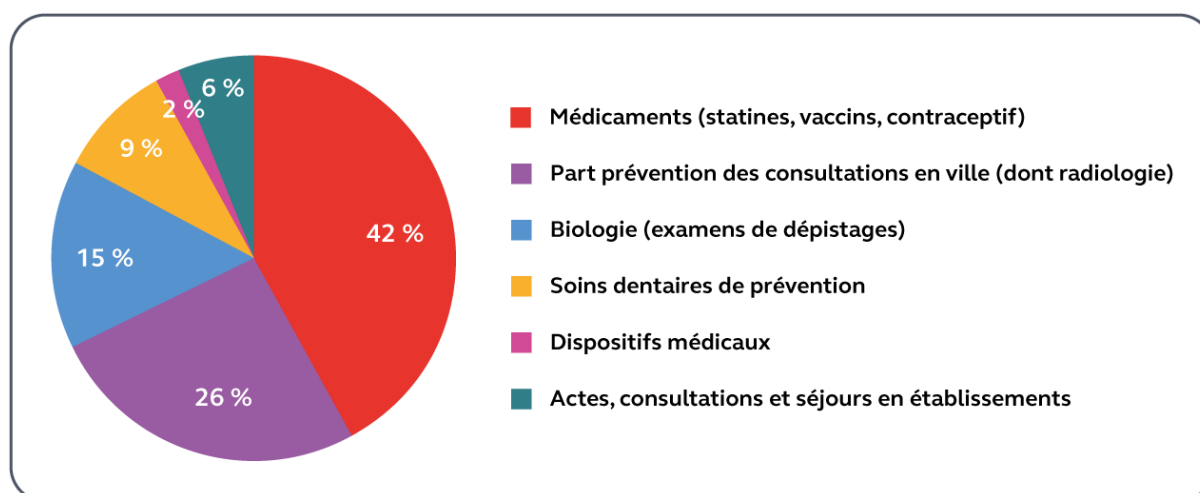
En intégrant les 9,1 Md€ de dépenses de prévention réalisés chez des professionnels de santé et mis en évidence dans l'étude de la Drees, la part du PIB consacrée à la prévention passe ainsi en France de 0,26 % à 0,63 % soit un niveau proche des États-Unis, du Royaume-Uni ou de l'Allemagne.

⁵⁸ La part complémentaire de l'assurance maladie obligatoire portant sur des actes et prévention en revanche est bien intégrée.

⁵⁹ « *How do OECD countries spend on prevention?* », *OECD Health Working papers n°101*, Décembre 2017.

Ce montant de 9,1 Md€, rappelé régulièrement depuis cinq ans dans les annexes du PLFSS, ne correspond probablement plus à la réalité et apparaît d'année en année largement sous-estimé. Il l'était déjà en 2016, il l'est vraisemblablement encore davantage en 2021. À l'instar de ce qui avait été fait en 2016, la caractérisation *a priori* des actes, dont la nature exclusivement préventive est sans ambiguïté (une vaccination, un dépistage, certaines prescriptions de médicament dont les seules indications sont préventives), pourrait être facilement définie à dire d'experts. Ils pourraient être ainsi marqués comme tels dans la nomenclature, afin de les repérer immédiatement au sein de la dépense remboursée. La Cnam observe d'ailleurs que « *la CCAM contient déjà de nombreux codes correspondant explicitement à des actes de dépistage individuel* »⁶⁰. S'agissant des autres actes dont la nature est à la fois préventive et curative, il convient de définir des conventions méthodologiques de ventilation, soit à partir de travaux scientifiques existants soit à partir d'un panel de médecins généralistes⁶¹ acceptant de décrire médicalement leur activité de consultation. Des travaux ont ainsi établi que 19,35 % des consultations au moins sont consacrées à la prévention⁶².

**Graphique n° 1 : ventilation par nature des dépenses de prévention remboursées
AMO/AMC/ ménages**



⁶⁰ Parmi les actes inscrits à la CCAM, on peut citer à titre d'exemple d'actes purement préventifs, entre autres, ceux référencés « DGQP140 » pour la rétinopathie diabétique, ou « CDRP002 » pour la surdité de l'enfant de moins de 3 ans, « JKQX261 » pour le cancer du col de l'utérus ou encore « QEQK004 » pour le cancer du sein.

⁶¹ L'observatoire régional de santé Paca et la Drees ont mis en place un panel de médecins généralistes. Cet observatoire ciblait explicitement les pratiques de prévention en cabinet de ville à l'occasion de la présentation de la quatrième édition de ses travaux : « *La quatrième édition du panel (panel 4) permettra de produire des informations au niveau national et dans deux régions (Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur) sur : le cadre d'activité, l'environnement professionnel et les rythmes de travail, les pratiques de prévention et de prescription en médecine générale et leurs déterminants. Une première vague d'enquête (qui a débuté à l'automne 2018) est consacrée à l'organisation du cabinet médical ; une seconde vague (second trimestre 2019) a été consacrée à une enquête internationale (dix pays participant, sous l'égide du Common Wealth Fund) comparant l'organisation des soins de premier recours dans ces pays et la perception qu'en ont les médecins généralistes* ».

⁶² « *L'Observatoire de la médecine générale, un réseau et une base de données au service de la médecine générale en France* », Primary care 2009 ; 9, n° 2, janvier 2009.

Source : *Les dépenses en santé 2017, édition 2018, données 2012 à 2016, Drees*

Séparer les dépenses de prévention des dépenses curatives n'est simple dans aucun pays car la pratique médicale ne dissocie pas toujours ces deux approches : certains actes sont typiques de la prévention (vaccination, dépistage), d'autres sont mixtes comme une consultation. La démarche est donc par nature artificielle au regard de la pratique médicale qui mêle intimement les deux approches. Cette difficulté a été décrite dès le début des années 2000⁶³. Elle est accrue dans le cas de la France en raison de deux spécificités :

- d'une part, la structuration des soins primaires, d'où résulte l'essentiel de la prévention, est particulièrement segmentée, ce qui rend difficile le repérage de la prévention dans un parcours fractionné en de nombreux actes ;
- d'autre part, le nombre d'acteurs (État, assurance-maladie, collectivités locales, employeurs et médecine du travail, médecine scolaire, complémentaires santé, ménages) intervenant dans ce champ, et en particulier la séparation entre l'État et l'assurance-maladie, rendent difficile le repérage a priori des dépenses de prévention, noyées dans une prise en charge classée *a priori* comme curative.

La mesure exacte de la dépense consacrée à la prévention est néanmoins indispensable pour déterminer l'efficacité d'une politique publique et la production régulière d'un tel chiffre suppose la définition de méthodes plus précises.

Pouvoir rapprocher la dépense de prévention en région (par habitant) de la situation sanitaire de celle-ci permettrait en outre d'apporter une appréciation sur la bonne allocation des ressources et leurs effets sur la réduction de la prévalence des pathologies et des inégalités sociales de santé. La Cour des comptes souligne à nouveau la nécessité de définir une méthode pour recenser et circonscrire le plus précisément possible les dépenses de prévention au sein des remboursements effectués.

B - Un foisonnement complexe d'instruments financiers à l'efficacité incertaine

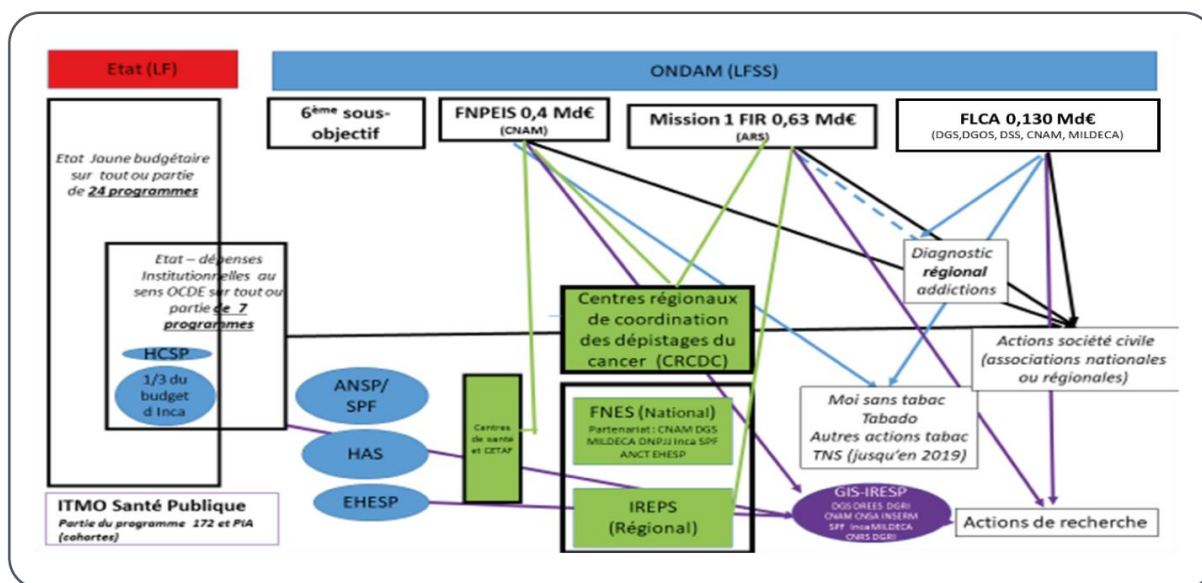
Les dépenses institutionnelles de prévention manquent de lisibilité en raison d'une multiplication d'instruments financiers dont les missions et les frontières ne sont pas suffisamment définies. Le contenu de la dépense n'est pas toujours fondé sur une efficacité démontrée, ni même « prometteuse ».

⁶³ Irdes, Questions d'économie de la santé n° 111, « *Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France* », juillet 2006 et n° 542 « *Les dépenses de prévention en France : Estimation à partir des comptes nationaux de la santé de 2002* », avril 2008. Toute estimation des dépenses de prévention est fortement dépendante des limites contingentes pour délimiter à délimitation des actions préventives, par opposition aux actions curative.

1 - Des circuits de financements inutilement complexes

Les financements des structures et actions de prévention sont particulièrement complexes et peu lisibles. L'éparpillement des responsabilités, la multiplication du nombre d'opérateurs et d'effecteurs en charge de décliner les actions, parfois sur des missions proches, en sont à l'origine.

Schéma n° 3 : principaux financements d'actions et de structures de prévention



Source : Cour des comptes

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

Les modifications de périmètre entre le programme 204 du budget de l'État et le 6^{ème} sous-objectif de l'Ondam en apportent une première illustration.

Le transfert en 2020 du budget de Santé publique France (pour ce qui est de la prévention) vers le 6^{ème} sous-objectif de l'Ondam ne laisse plus dans ce programme que la subvention pour charge de service public de l'Inca (41 M€), représentant un tiers des dépenses de cet opérateur, le budget de fonctionnement du HCSP (à 0,1 M€), et la contribution du ministère de la santé au fonctionnement de l'Anses (22 M€). Au-delà du principe de ces nouvelles imputations, cette répartition entre le programme 204 et le 6^{ème} sous-objectif de l'Ondam apparaît ainsi inaboutie et incohérente⁶⁴. Les indicateurs de performance du programme 204 (action n° 14) sont au nombre de quatre, dont deux concernent la prévention : le taux de participation aux campagnes de dépistage du cancer colorectal et le nombre de fumeurs quotidiens dans la population adulte. Or les moyens nécessaires à l'atteinte de ces résultats sont très majoritairement déployés à partir

⁶⁴ Les dépenses relatives au fonctionnement des opérateurs de la prévention (Inca, Anses, HCSP, etc.) sur ce programme représentent 72 M€ sur les 260 M€ du programme, entre les différentes actions. Les dépenses des opérateurs et autorités concernés principalement ou partiellement par la prévention sont désormais imputées au sein du 6^{ème} sous-objectif (SPF, HAS notamment) de l'Ondam. Celui-ci devra donc être pris en compte dans l'actualisation du chiffrage des dépenses institutionnelles.

des fonds de prévention de l'assurance maladie⁶⁵ (FNPEIS, FLCA). Les dépenses du programme 204 n'ont donc qu'un lien très indirect avec ces deux indicateurs. La pertinence de l'imputation des dépenses retracées au sein de l'action n° 14 du programme 204 peut également être interrogée depuis la création du fonds de lutte contre les addictions (130 M€) et du fonds d'intervention régional (FIR, 630 M€). Le montant alloué à celle-ci en dehors de la subvention à l'Inca (40 M€) est d'environ 12 M€ (répartis entre 147 associations pour un montant moyen de 80 000 €), et apparaît ainsi très résiduel.

Les frontières entre les trois principaux fonds affectés à la prévention et la promotion de la santé sont également marquées par des circuits complexes et parfois redondants.

Ces trois fonds sont : le fonds national pour la prévention, l'éducation et l'information en santé (FNPEIS), le FIR et le fonds de lutte contre les addictions (FLCA). Chaque année, ils financent en moyenne près de 1 Md€ soit 16 % des dépenses institutionnelles, 6,7 % des dépenses de prévention institutionnelles et remboursées, et moins de 0,5 % de l'Ondam.

- Le FNPEIS a été créé par la loi du 5 janvier 1988⁶⁶. Il a été doté pour la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 de près de 380 M€ annuels, puis portés à 430 M€ en 2020, à la fois du fait d'effets de périmètre (intégration RSI et du régime étudiants), mais aussi de l'adoption de la stratégie nationale de santé, qui confère à ce fonds, le statut d'instrument privilégié de cette politique. Ainsi, après avoir suivi une progression de 2 % sur la période 2013-2017, en ligne avec la progression de l'Ondam, il a ensuite connu une progression de près de 14 %. Toutefois, il est régulièrement sous-exécuté (jusqu'à 8 % sur la période 2015-2019).

Tableau n° 4 : exécution du FNPEIS sur la période 2015-2020

<i>en M€</i>	2015	2016	2017	2018	2019	2020 (p)
<i>Plafond</i>	380	380	380	380	380	444
<i>Exécution</i>	356	376	360	348	364	413
<i>Taux d'exécution</i>	94 %	99 %	95 %	92 %	96 %	93 %

Source : Cnam/ DSS

note : Le chiffre de 413 M€ en 2020 comprend l'affectation des crédits non consommés en 2019 (52,7M€) et l'intégration des résultats du FNPEIS du RSI (14,9M€) soit 67,6 M€.

90 % des dépenses portent sur quatre postes : le fonctionnement des centres d'exams de santé (41 %), la prévention bucco-dentaire (22 %), le financement des dépistages organisés (17 %) et les vaccinations (grippe et jeunes enfants).

- Le FIR a été créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012⁶⁷. Cet instrument financier à la disposition des ARS intègre dans son périmètre les actions d'éducation thérapeutique et certaines actions de dépistage. L'article 56 de la LFSS pour 2015

⁶⁵ FNPEIS et FLCA : kits de dépistage, traitements nicotiniques substitutifs jusqu'en 2019) ou les remboursements qu'elle opère (transports des exams de dépistage du cancers colorectal, traitements nicotiniques substitutifs après 2019).

⁶⁶ Loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 portant diverses mesures d'ordre social. Il succédait à un premier fonds créé en 1981, le Premutan.

⁶⁷ Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

a réorganisé le FIR et a créé notamment une mission 1 qui retrace les actions régionales en matière de prévention. Le contenu des dépenses financées est mal connu, car essentiellement constitué de subventions à des associations. Le suivi budgétaire et comptable ne permet pas de suivre entre autres les catégories de prévention financées. Les deux principaux postes de dépenses concernent la promotion et l'éducation à la santé ainsi que les actions de dépistage et de diagnostic des maladies transmissibles. Mais ces postes agrègent des actions en réalité très disparates. Deux postes de dépenses concentrent près de 80 % de celle-ci : la mission 12 relative « aux actions en matière de promotion de la santé, d'éducation à la santé et de prévention des maladies et des comportements à risque, ainsi que des risques environnementaux, en particulier d'éducation thérapeutique des patients » (341 M€ en 2019 soit 54 % du total de la mission 1) et la mission 13 « actions destinées à assurer le dépistage et le diagnostic des maladies transmissibles » (161 M€ en 2019 soit 25 % du total de la mission 1).

La mission 1 a bénéficié depuis quelques années d'un rééquilibrage continu par rapport aux quatre autres missions du FIR : elle passe ainsi de 323 M€ en 2014 à 629 M€ en 2019 (c'est-à-dire de 13,3 % à 17,1 % du total). La répartition des crédits entre les régions montre une absence de corrélation entre la part de la mission 1 du FIR et la part de la population atteinte des trois grandes pathologies (cancer, maladies NCV, diabète). À l'inverse, en dehors des régions ultramarines, la dotation moyenne par habitant est très homogène autour de 10 €.

Tableau n° 5 : répartition régionale de la mission 1 du FIR

<i>Région</i>	Mission 1 du FIR par habitant	% de la mission 1 du FIR	Part de la population atteinte des 3 pathologies
<i>Ile-de-France</i>	10,13 €	20,93 %	18,89 %
<i>Centre-Val de Loire</i>	7,54 €	13,79 %	19,53 %
<i>Bourgogne-Franche-Comté</i>	8,60 €	14,20 %	18,62 %
<i>Normandie</i>	7,80 €	14,22 %	18,09 %
<i>Hauts-de-France</i>	8,06 €	15,05 %	19,95 %
<i>Grand Est</i>	8,78 €	14,32 %	16,06 %
<i>Pays de la Loire</i>	7,73 €	14,93 %	16,32 %
<i>Bretagne</i>	7,23 €	14,91 %	18,65 %
<i>Nouvelle Aquitaine</i>	9,92 €	17,66 %	17,75 %
<i>Occitanie</i>	7,77 €	15,23 %	16,98 %
<i>Auvergne-Rhône-Alpes</i>	8,88 €	17,84 %	19,57 %
<i>Provence-Alpes-Côte d'Azur</i>	9,20 €	16,97 %	21,71 %
<i>Corse</i>	11,34 €	16,80 %	17,51 %
<i>Guadeloupe</i>	26,56 €	21,68 %	19,66 %
<i>Martinique</i>	24,21 €	17,96 %	10,33 %
<i>Guyane</i>	56,08 €	43,99 %	22,00 %
<i>Réunion Mayotte</i>	20,15 €	26,90 %	15,01 %
<i>France entière</i>	9,37 €	17,19 %	19,96 %

Sources : Cnam 2018 / rapport d'activité du FIR 2019

En outre, l'utilisation des crédits de la mission 1 du FIR reste très insuffisamment connue. Ceux-ci sont versés en grande majorité sous forme de subventions à des structures associatives, qui ne font pas l'objet d'un réel contrôle par les ARS : absence d'objectifs quantifiés et qualitatifs définis a priori ou encore reddition des comptes par les associations faisant souvent défaut.

Tableau n° 6 : crédits budgétaires de la mission 1 du FIR

<i>Exécution en M€</i>	2015	2016	2017	2018	2019	2020 (p)
<i>FIR (mission 1)</i>	439	479	515	581	629	520

Source : Cnam – DGOS

La distinction entre le financement d'interventions, de projets de recherche, ou encore de fonctionnement de structures, n'est pas effectuée. La répartition entre les grandes catégories de prévention (primaire, secondaire, tertiaire) ou entre les principaux types de pathologies ciblées (transmissibles et non-transmissibles, et parmi celles transmissibles, celles vectorielles et non vectorielles), fait également défaut. Le ministère de la santé élabore actuellement un guide pour standardiser et expliciter les libellés entre régions afin de décrire de manière cohérente et comparer l'utilisation de ce fonds au niveau national et entre régions.

- Enfin, le fonds de lutte contre le tabac a été créé 2017⁶⁸. Il est financé par un prélèvement sur la part du droit de consommation sur les tabacs affectés à la Cnam. Ce fonds contribue au financement d'actions locales, nationales et internationales ou de programmes de recherche. Son objet a été élargi à l'ensemble des addictions par l'article 57 de la LFSS pour 2019⁶⁹. Il est géré conjointement par un comité restreint composé de la direction de la sécurité sociale, la direction générale de la santé, la direction générale de l'offre de soins, la Cnam, et la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca)⁷⁰. Son plafond de dépenses est passé de 100 M€ en 2017 (Fonds tabac) à 130 M€ en 2020 (FLCA), avec un taux d'exécution compris entre 65 % et 88 % sur les trois premiers exercices.

2 - Un rapport coût/efficacité incertain des dépenses de prévention non médicalisée

La prévention s'appuie sur des pratiques soit médicalisées à partir d'un produit de santé (tests de dépistages, vaccins, examens de radiologie), soit sur des actions de promotion de la santé (information contre les addictions du tabac ou de l'alcool, entretien motivationnel, « *serious games* », etc.) qui font plutôt appel aux sciences sociales (psychologie, sociologie, sciences cognitives, sciences de la communication, économie de la santé, géographie, etc.).

⁶⁸ Article L. 137-27 du CSS et décret n° 2016-1671 du 5 décembre 2016. Il a été intégré dans la COG 2018-2022.

⁶⁹ Le décret n° 2019-922 du 21 juin 2019 définit les règles de fonctionnement de ce fonds et met en place sa gouvernance.

⁷⁰ Un comité stratégique associe d'autres acteurs au-delà de ceux membres du comité restreint dont l'Inca et Santé Publique France.

- La prévention dite « médicalisée » – c’est à dire mobilisant un test de biologie, un vaccin, un acte médical ou paramédical, ou encore un produit de sevrage tabagique – fait l’objet d’une évaluation médicale voire économique le cas échéant, par la Haute Autorité de santé, conformément aux dispositions de l’article L. 161-37 du code de la sécurité sociale (CSS)⁷¹. Elle porte à la fois sur le produit mais également sur la définition de la stratégie. Consécutivement au transfert en 2017 de la commission technique des vaccinations du HCSP à la HAS⁷², ce rôle a été précisé plus clairement⁷³ pour la vaccination. Cette commission de la HAS élabore les recommandations vaccinales à destination des pouvoirs publics qui définissent la politique des vaccinations qui est traduite dans un calendrier vaccinal. Il n’existe pas recommandation équivalente pour les dépistages tout au long de la vie, comme c’est le cas en Angleterre : ceux-ci sont certes évalués un à un dans le cadre de leur admission au remboursement et d’une évaluation économique et de santé publique le cas échéant, mais aucun document de synthèse ne définit ceux qui sont recommandés (voire obligatoires) tout au long de la vie ou dans certaines circonstances.
- En revanche, dans le champ de la promotion de la santé (collective et individuelle), les interventions probantes, et celles encore plus nombreuses, dites « prometteuses »⁷⁴, ne sont pas suffisamment validées et référencées comme telles par les pouvoirs publics. Des actions à l’efficacité non démontrée sont ainsi financées. Si Santé publique France publie une liste de plusieurs dizaines d’actions probantes, prometteuses ou en cours d’évaluation, nombre d’actions de promotion de la santé sont en réalité transposées à partir d’interventions réalisées dans les pays anglo-saxons ou de l’Europe du Nord où la lutte contre les facteurs de risques

⁷¹ Article L. 161-37 du CSS : « (...) Dans le cadre des missions confiées à la Haute Autorité de santé, une commission spécialisée de la Haute Autorité, distincte des commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 du présent code, est chargée d’établir et de diffuser des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces, ainsi que d’évaluer l’impact sur les dépenses d’assurance maladie ».

⁷² Ce transfert est la mise en œuvre d’une recommandation de la Cour des comptes : Cour des comptes, communication à la Commission des Affaires sociales du Sénat « *La politique vaccinale de la France* », octobre 2012, disponible sur www.ccomptes.fr. La commission technique des vaccinations a été créée le 22 mars 2017, afin d’assurer les nouvelles missions en matière de vaccination de la HAS (article 4 de la loi n° 2017-220 du 23 février 2017). Elle reprend les anciennes missions du comité technique des vaccinations (CTV) du Haut Conseil de la santé publique (HCSP).

⁷³ Article L. 161-37 du CSS : « 12° Participer à l’élaboration de la politique de vaccination et émettre des recommandations vaccinales, y compris, dans des situations d’urgence, à la demande du ministre chargé de la santé, en fonction des données épidémiologiques, d’études sur les bénéfices et risques de la vaccination et de l’absence de vaccination aux niveaux individuel et collectif et d’études médico-économiques »

⁷⁴ Cette notion est apparue pour la première fois au Canada dès le début des années 2000 avec la mise en place par l’agence de santé publique du Canada d’un portail des pratiques en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques. Parmi les définitions existantes, celle du site de l’observatoire régional de santé Paca, qualifie d’intervention prometteuse est « une intervention dont l’efficacité n’a pas été évaluée par la recherche mais pour laquelle une évaluation normative solide induit une présomption de résultats pertinents ».

est bien plus affirmée et assumée par les pouvoirs publics⁷⁵. Une base informelle (Oscars⁷⁶) a été créée par le comité régional d'éducation à la santé (Cres) de la région Paca et financée par l'ARS de cette région. Elle recense à ce jour 37 959 actions de santé publique en France, impliquant 17 024 acteurs de santé publique, 899 outils de santé publique, 1 579 programmes d'éducation thérapeutique. Il ne s'agit pour autant que d'un recensement non exhaustif, qui en outre ne garantit pas la valeur scientifique de ces actions.

Le rapport « Charges et produits » de la Cnam pour 2021 indique la volonté de l'assurance maladie de distinguer les actions efficaces de celles qui ne le sont pas en termes de promotion de la santé : *« sans forcément se lancer dans des démarches économétriques très structurées, l'intérêt de sélectionner des actions dans un catalogue d'actions ayant fait la preuve de leur efficacité, dites données probantes, permet ainsi d'asseoir les décisions de programmes pluriannuels sur des éléments démontrés et donc de renforcer la confiance des décideurs dans la pertinence de ces actions et des choix budgétaires qui en découlent »*. Le souhait de la Cnam de disposer d'un référentiel d'actions à l'efficacité démontrée ne peut qu'être approuvé et soutenu pour améliorer leur efficacité et leur efficience. Cette démarche doit être étendue aux conventions liant les ARS et la DGS avec les structures associatives, dans un double souci de professionnalisation des interventions de prévention et d'efficience de la dépense publique.

À cette fin, il serait pertinent de disposer d'un référentiel officiel des actions probantes et prometteuses, et de désigner l'agence chargée de son élaboration et de sa mise à jour, qui pourrait être Santé publique France, en lien le cas échéant avec les équipes de recherche.

IV - Des programmes et des actions de prévention aux résultats éloignés de leurs cibles et des performances étrangères

Les programmes de prévention médicalisée (vaccination et dépistage) comme les actions de promotion de la santé, souffrent, malgré leur pertinence, d'une adhésion ou d'un déploiement trop faibles pour produire des effets significatifs à l'échelle de la population. La France se situe encore trop souvent en retrait des performances des pays comparables.

⁷⁵ Santé publique France a ainsi transposé des programmes ayant fait la démonstration de leur efficacité en Angleterre à la fois dans le marketing social, les incitatifs ou environnements favorables aux comportements vertueux comme *Nurse family partnership*, *Good behavior game* mais aussi symétriquement ceux défavorables à des comportements non-vertueux comme le programme (*Assist*) programme de prévention par les pairs (des jeunes parlant à des plus jeunes) contre l'entrée dans le tabagisme des collégiens, .

⁷⁶ Site de la base Oscars : « La base de données cartographique des actions régionales de santé Oscars (Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé) comporte plusieurs modules : un module généraliste adopté par certaines régions à la demande des ARS : Grand-Est, Normandie, Bretagne, Pays de la Loire, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Auvergne, Provence Alpes-Côte d'Azur, Océan indien, Guadeloupe, Martinique. Un module *Moi(s) sans tabac* adopté par toutes les régions à la demande de Santé publique France. Un module *Éducation thérapeutique du patient* adopté par 4 régions à la demande des ARS : Occitanie, Nouvelle-Aquitaine, Bourgogne-Franche-Comté et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Un module *Santé-travail* adopté par la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) en Provence-Alpes-Côte d'Azur ».

A - Des participations faibles aux dépistages organisés des trois cancers

Comparés à d'autre pays, les dépistages menés en France sont insuffisamment ciblés sur les populations à risques, et intégrés dans les pratiques des professionnels de santé.

L'Union européenne a annoncé un grand plan de lutte contre le cancer le 3 février 2021, qui comprend un objectif relatif aux dépistages des trois cancers⁷⁷ pour lesquels il existe des recommandations. Elle relève à cette occasion des écarts de dépistage au sein de la population cible allant de 6 % à 90 % pour le cancer du sein et de 25 % à 80 % pour le cancer du col de l'utérus. Les recommandations de l'OCDE ont souligné dès 2013 la supériorité des dépistages organisés sur les dépistages opportunistes, souvent réalisés sur symptômes et donc trop tardifs pour modifier l'évolution⁷⁸. La France affiche une performance extrêmement médiocre selon la dernière évaluation disponible des dépistages de cancers au niveau européen⁷⁹.

S'agissant du cancer du col de l'utérus, sa mise en place sous la forme d'un dépistage organisé est plus récente (2020). Son démarrage a été affecté par la pandémie et il conviendra de mesurer sur la durée comment le dépistage organisé se substitue au dépistage individuel. La cible a été fixée à 80 % des femmes éligibles incluses dans ce nouveau dépistage organisé. Or, le taux de participation au dépistage organisé sur treize départements à titre expérimental (dans la même dernière évaluation des dépistages en Europe) montrait un taux de dépistage français parmi les plus bas de l'Union avec 22 %⁸⁰, pour une moyenne européenne à 50 %, le meilleur taux étant de 66 % aux Pays-Bas. Sur la base des remboursements de l'assurance maladie et sur la période 2015-2017, Santé publique France a évalué le taux de dépistage individuel non-organisé à 58,7 % sur la période 2015-2017 et sur l'ensemble du territoire pour la tranche 25- 65 ans⁸¹. Au-delà des incertitudes statistiques sur le démarrage effectif des campagnes, des efforts restent à faire dans les deux hypothèses pour atteindre la cible. Les effets attendus de la vaccination anti-HPV, s'ils seront acquis pour les jeunes générations dès qu'elles seront majoritairement vaccinées, ce qui est loin d'être encore le cas, seront en revanche sans effets sur le risque de développer un des cancers liés au papillomavirus pour celles plus âgées et que l'on ne peut plus vacciner. L'enjeu d'un dépistage efficace reste donc bien réel pour la France, pour de nombreuses années encore. Dans le cas du cancer du sein, le taux d'adhésion est plus élevé, à 53 %, mais il reste très éloigné des meilleures performances⁸² (Danemark, Finlande,

⁷⁷ Commission Européenne, Plan européen pour vaincre le cancer: une nouvelle approche européenne de la prévention, du traitement et des soins. Communiqué de presse du 3 février 2021 : (...) « Mettre en place un nouveau programme européen de dépistage du cancer en vue de garantir que, d'ici à 2025, 90 % de la population cible se verra proposer un dépistage du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal – 2021-2025 ».

⁷⁸ How do OECD countries spend on prevention ? », *OECD Health Working papers n°101*, Décembre 2017, p. 23 : « Evidence suggests that population-based screening programmes are more effective and reach patients with low socio-economic status better than screening that is conducted in an opportunistic fashion ».

⁷⁹ Commission Européenne « Cancer screening in European Union (2017) », *Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening*, Bruxelles, mai 2017. La réactualisation de ces travaux est prévue en 2021.

⁸⁰ *Idem* page 136 – Table 4.1.1 sur la base de 13 départements et sur la tranche 30- 59 ans.

⁸¹ Source : [Santé publique France](#).

⁸² Certaines régions présentent toutefois des spécificités comme l'Île-de-France où le dépistage individuel y reste plus élevé. Ceci n'inverse pas le constat d'un dépistage encore trop faible.

Slovénie à près de 83 %, Pays-Bas, Royaume-Uni entre 71 % et 77 %). Les données du dépistage organisé du cancer colorectal indiquent une situation similaire de la France : le taux de dépistage se situe entre 24 et 34 %, contre 46 % à 56 % pour le Royaume-Uni (et même plus de 70 % pour l'Écosse). Pour espérer pouvoir faire baisser de 10 % la prévalence du cancer colorectal, il faudrait atteindre un taux de participation compris entre au moins 45 % et idéalement 65 %, selon des recommandations européennes⁸³, seuil minimal dont la France reste très éloignée, et ce depuis le début de ce dépistage en 2006.

B - Des constats similaires sur la vaccination anti-HPV

L'incidence des cancers (col de l'utérus et autres) induits par le papillomavirus⁸⁴ reste élevée en France⁸⁵. La France comptait en 2018, 2 920 nouveaux diagnostics pour le seul cancer du col de l'utérus, 40 % des femmes affectées ayant moins de 50 ans. Le taux de couverture vaccinale reste insuffisant et son évolution depuis 2009 n'est guère satisfaisante. Il est passé de 30 % en 2009-2010 à 21 % les années suivantes, pour remonter depuis à son niveau initial pour les jeunes filles vaccinées avec une seule dose : le niveau est plus bas à 25 % si l'on retient des schémas de vaccination comprenant plusieurs doses⁸⁶, pour la seule vaccination des filles⁸⁷. Le sud de la France et les régions ultra-marines affichent des taux très faibles (autour de 10 %).

Ces taux très insuffisants sont significativement inférieurs à ceux de la plupart des pays de l'OCDE. Parmi ceux pour lesquels la donnée est disponible, la France est la dernière du classement. Un premier groupe de pays affiche des taux de couverture vaccinale supérieurs à 70 % (Belgique, 90 %, Royaume-Uni, 84 %, Australie, 80 %, Canada, 73 %), un second groupe présente des performances comprises entre 30 et 70 % (États-Unis, 65 %, Autriche, 60 % à 65 %, Italie, 50 % pour les filles, Danemark, 36 %).

Les pays pionniers de cette vaccination (Australie, Nouvelle-Zélande, Écosse, États-Unis, Suède et Japon) ont fortement baissé la prévalence des papillomavirus et des lésions pré-cancéreuses chez les jeunes femmes par une vaccination systématique des jeunes filles, ouvrant la voie à une éradication complète de ce cancer dans ces pays. L'Inca indique que près de 79 pays recommandent désormais cette vaccination et rappelle les preuves scientifiques qui sont désormais établies et solides, ainsi que la perspective de son éradication⁸⁸. Une étude australienne a par ailleurs montré que le nombre de personnes infectées par les HPV à l'origine de cancers du col de l'utérus a diminué grâce à la vaccination. Il est passé de 22,7 % en 2005-2007 à 1,5 % en 2015 chez les jeunes femmes de 18-24 ans. Ces résultats ont conduit

⁸³ « *European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis* », Commission européenne, Direction générale de la santé et de la consommation, 24 janvier 2011, Bruxelles.

⁸⁴ Le papillomavirus est à l'origine de 6 330 nouveaux cas de cancers par an en France, dont 4 580 chez la femme (principalement cancer du col de l'utérus, cancers de la zone oropharyngée, cancers anogénitaux, etc.) et 1 750 cancers chez l'homme (cancers de la zone oropharyngée, cancers anogénitaux, etc.).

⁸⁵ Recommandation vaccinale : « Élargissement de la vaccination contre les papillomavirus aux garçons », Haute Autorité de santé, décembre 2019.

⁸⁶ Source : Santé publique France.

⁸⁷ La recommandation invitant à l'élargissement aux garçons a été prise en France avec un retard de huit ans avec les pays précurseurs (États-Unis, Canada, Australie). La couverture vaccinale ne fait pas encore l'objet d'indicateur.

⁸⁸ Vaccination contre les HPV et cancers - Infections (e-cancer.fr).

l'*International papillomavirus society* (IPVS) à déclarer qu'une ample couverture vaccinale contre les HPV, combinée à une forte participation au dépistage du cancer du col de l'utérus, et à des traitements appropriés, peut permettre l'élimination du cancer du col de l'utérus comme problème de santé publique. De même, en Suède, une réduction des lésions précancéreuses de 75 % a été observée chez les jeunes filles vaccinées avant l'âge de 17 ans en comparaison avec les autres jeunes femmes.

Ces résultats montrent non-seulement la baisse de la prévalence dans la sous-population vaccinée, mais aussi dans la population non-vaccinée, qui bénéficie indirectement de la baisse de la circulation du virus. L'amplification de cette baisse au fur et à mesure que les nouvelles générations seront vaccinées est attendue, laissant envisager l'éradication de ces cancers induits par le papillomavirus, comme le suggère une seule étude en Finlande à ce stade. Les mêmes ressorts que ceux que la Cour des comptes avait analysé en 2018⁸⁹ à propos de la grippe H1N1 produisent les mêmes effets. Cette hésitation des parents français devant les vaccins (perception insuffisante du risque de la pathologie, surestimation des risques du vaccin) et la faible mobilisation des professionnels, qui ne cherchent pas suffisamment à en présenter l'intérêt à leur patient, expliquent ces mauvais résultats. Ces obstacles sont surmontables : ainsi, le Danemark a retrouvé un taux de vaccination élevé à 90 % à partir de 2017 après une baisse à 46 % consécutive à une campagne médiatique particulièrement virulente contre ce vaccin entre 2013 et 2015⁹⁰. Cette étude montre l'importance de l'information des parents et des adolescents face à des craintes légitimes sur la sécurité et les effets secondaires, ainsi que la nécessité de ne pas laisser sans réponse les informations fausses notamment dans les réseaux sociaux, de cibler les actions sur les personnes les plus hésitantes et enfin de faire témoigner les femmes atteintes de cancers du col de l'utérus.

C - Des programmes de prévention tertiaire également très en dessous des besoins

L'assurance maladie déploie un programme de prévention tertiaire dans le cadre de l'accompagnement au retour à domicile (Prado). Ce programme dépasse très largement le cadre des maladies chroniques (maternité, personnes âgées, retour à domicile après une chirurgie), Trois d'entre elles en relèvent cependant : la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), les accidents vasculaires cérébraux et ischémiques transitoires (AVC/AIT) et l'insuffisance cardiaque.

Ce programme a fait l'objet d'une évaluation médico-économique qui a conclu à son efficacité sur le plan médical (meilleure observance des traitements, baisse de la mortalité de 27 % à six mois de l'hospitalisation, baisse des ré-hospitalisations), même si la prise en charge à domicile est plus coûteuse de près de 1 000 euros par an et par patient. Comme pour les autres programmes de prévention, il existe un écart important entre la population potentiellement éligible et celle prise en charge. Le nombre de personnes incluses dans le programme est de

⁸⁹ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (Ralfss) 2018 *La politique vaccinale : un enjeu de santé publique, une confiance à conforter*, septembre 2018, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁹⁰ « Resilience of HPV vaccine uptake in Denmark: Decline and recovery », *Vaccine*, n° 38 (2020), Janvier 2020.

18 000 en 2019 pour près de 7 millions de patients traités pour risques cardiovasculaires⁹¹ (soit 0,25 %) Même en retenant une population éligible plus resserrée de 1,5 million d'insuffisants cardiaques, les marges de progression de ce programme restent en tout état de cause substantielles.

Il en va de même dans le champ de l'accompagnement des diabétiques. Le programme Sophia a également fait l'objet de trois évaluations médico-économique poussées, qui ont mis en évidence des bénéfices (mortalité de 3,1 % contre 3,5 % en dehors du programme, des journées d'hospitalisations évitées, un meilleur respect des examens recommandés par la HAS). Ce programme concerne près de 790 000 patients pour un nombre de diabétiques de 3,9 millions soit une inclusion de 25 %. Ce chiffre certes plus significatif reste très inférieur à la prévalence de cette pathologie.

⁹¹ Cnam, Rapport Charges et produits.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les cancers, les maladies cardiovasculaires et le diabète ont en commun des facteurs de risques connus (tabagisme, alcool, sédentarité, obésité). Leurs incidences restent fortes en France, provoquant des décès prématurés et la perte d'années de vie sans incapacité. Leurs prévalences affectent plus particulièrement les territoires et les populations défavorisés.

Le poids budgétaire de ces pathologies les place au cœur des enjeux de soutenabilité des dépenses d'assurance maladie. Seule une action de prévention très forte sur les facteurs de risques permettra de freiner leur incidence, et donc la dynamique des dépenses nécessaires à leur prise en charge.

La mesure de la dépense liée à la prévention dans toutes ses composantes reste encore trop basée sur des estimations anciennes, à l'exhaustivité incertaine. Même en retenant ces évaluations minimalistes, les moyens consacrés à la prévention soutiennent la comparaison avec ceux des autres pays comparables. En revanche, le contenu de cette dépense gagnerait à être mieux défini : l'efficacité des actions de promotion de la santé pourrait être ainsi mieux établie. La cour recommande les actions suivantes :

- 1. Arrêter une méthode pour estimer chaque année les dépenses réalisées au titre de la prévention dans les remboursements de l'assurance maladie ; ventiler ce montant pour chacune des régions et chercher à répartir les montants entre les trois catégories de prévention (primaire, secondaire, tertiaire). Adapter en conséquence l'information fournie au Parlement à l'appui du projet de loi de financement de la sécurité sociale (MSS, Drees, Cnam, ATIH).*
- 2. Établir chaque année un référentiel des actions probantes et prometteuses de promotion de la santé, à destination des ARS pour éclairer leurs décisions de financement en la matière (MSS, SPF, Cnam).*

Les résultats de la politique de prévention sont bien en deçà des objectifs et des besoins caractérisés sur le plan épidémiologique. Un changement d'échelle des interventions de promotion de la santé ou de prévention médicalisée constitue un enjeu d'efficacité pour les politiques de prévention, qui à ce jour manquent une grande partie de leur cible et ne parviennent pas à inverser la dynamique des maladies chroniques.

Chapitre II

Une stratégie de prévention renouvelée, mais qui rencontre des limites persistantes

La stratégie de prévention et la gouvernance nationale ont été clarifiées à compter de 2016, sans pour autant recueillir les résultats escomptés. Le déploiement de la prévention rencontre en effet des obstacles à la fois dans sa mise en œuvre dans les territoires et dans la mobilisation des effecteurs de terrain, parmi lesquels en premier lieu les médecins généralistes et autres professionnels de santé.

I - Une stratégie de prévention récente plus volontaire, mais des outils de pilotage et de mise en œuvre lacunaires

A - Une stratégie de prévention interministérielle plus lisible

Dans son rapport précédent sur la gouvernance de la prévention en santé⁹², la Cour avait souligné que le cadre légal de l'époque – la loi de santé publique du 9 août 2004⁹³ – fixait de trop nombreux objectifs de santé publique, dont la plupart de concernaient pas la politique de prévention, et dont l'absence de hiérarchisation et le statut ambigu, voire contradictoire, notamment entre les objectifs et les indicateurs, non contraignants, complexifiait la mise en œuvre de la politique de prévention. Depuis, le cadre légal de la prévention en santé a évolué avec l'adoption de la loi MSS du 26 janvier 2016, qui a réorganisé la gouvernance en créant l'agence Santé publique France par fusion de l'InVS, de l'Inpes et de l'Eprus⁹⁴. Le comité

⁹² Cour des comptes, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, « *La prévention sanitaire* », octobre 2011, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁹³ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

⁹⁴ Ordonnance n° 2016-462 du 14 avril 2016 portant création de l'Agence nationale de santé publique. Santé publique France est un établissement public administratif de l'État placé sous la tutelle du ministre de la santé et dont les missions relèvent, en large partie, de la prévention. Elle a pour principales missions l'observation épidémiologique et la surveillance de l'état de santé des populations, la veille sur les risques sanitaires menaçant les populations, la promotion de la santé et la réduction des risques pour la santé, le développement de la prévention et de l'éducation pour la santé, la prise en charge des risques sanitaires, de l'alerte à l'intervention d'urgence. Elle participe à la lutte contre les inégalités territoriales et sociales de santé, notamment en mettant en place des stratégies de promotion et de prévention de la santé adaptée aux différentes populations. Elle innove en mettant en place des expérimentations sur l'ensemble des territoires.

technique de la vaccination a été par ailleurs transféré du Haut Conseil de santé publique à la Haute Autorité de santé, comme indiqué *supra*.

La prévention en santé relève aujourd'hui pour l'essentiel des missions des administrations et organismes au niveau central (DGS, DSS, Cnam, SPF) et régional (ARS et Cnam), qui financent la part dites des « dépenses institutionnelles » (cf. *supra*). Néanmoins, d'autres acteurs publics et privés interviennent dans le champ de la politique de la prévention : le sociogramme des acteurs fait apparaître l'enchevêtrement des compétences et la multiplicité des intervenants. La politique de prévention en santé est déclinée au niveau territorial et régional, comme le montre le schéma ci-dessous.

Le lien entre la politique nationale et l'action territoriale est établi notamment par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom) signé par le ministère de la santé et chaque ARS. Sur le même modèle, les Cpom imposent aux ARS des priorités nationales qui se déclinent en objectifs et « indicateurs » communs à toutes les ARS, même si chacune a obtenu l'adjonction de quelques indicateurs complémentaires liés aux spécificités de la région.

Schéma n° 4 : les principaux acteurs de la politique de prévention en santé



Source : Cour des comptes

Cette organisation française est conçue pour établir, à l'instar de l'exemple anglais, une cohérence entre les objectifs nationaux définis par le Plan national de santé publique et leur déclinaison territoriale. Aussi le HCSP avait-il préconisé dans son avis de novembre 2017 que le plan national de santé publique soit élaboré et mis en œuvre de telle sorte qu'il constitue bien le cadre d'une déclinaison régionale à travers les projets régionaux de santé (PRS). Il s'agit donc bien d'une territorialisation d'une politique nationale et non d'une décentralisation de la politique de santé en ce que les territoires, et en particulier les ARS ne disposent pas d'une autonomie dans la définition des orientations régionales de la politique de santé, et ce contrairement aux organisations italiennes et allemandes.

C'est dans ce cadre légal que le Gouvernement a, le 20 décembre 2017, adopté la « stratégie nationale de santé » (SNS) qui donne une vision stratégique à la politique de santé

publique en France. L'adoption de la SNS est un progrès réel, en ce qu'elle montre la volonté d'agir des pouvoirs publics par une approche interministérielle et transversale et qu'elle cible des axes stratégiques pertinents, « approuvés sans réserve » par le HCSP.

La SNS donne une place importante à la prévention en santé, mais n'est accompagnée d'aucune perspective opérationnelle, en termes de cible, de calendrier et de moyen, comme l'indique aussi le HCSP⁹⁵.

À la suite de l'adoption de la SNS, le gouvernement a adopté le premier plan national de prévention, le « Plan National de Santé Publique - Priorité Prévention » (PNS) lors du comité interministériel pour la santé du 26 mars 2018. L'adoption de ce plan exprime la volonté de s'engager pour que la « prévention devienne centrale dans toutes les actions qui visent à améliorer la santé de nos concitoyens ». Un focus spécifique a donc été mis sur 25 mesures-phares touchant aussi bien la lutte contre le tabagisme, l'alcool que la nutrition, le dépistage de certains cancers ou la vaccination contre la grippe, la mise en place du service sanitaire dès la rentrée 2018 et le développement du bio, la qualité de l'alimentation dans les cantines et la restauration collective.

La réunion initiale de ce comité interministériel, a été suivie par celle du 19 mars 2019 sur la lutte contre l'obésité, qui a donné une impulsion transversale et interministérielle mobilisant à nouveau, sous l'autorité du premier ministre, tous les douze ministères concernés, au nom du principe « *Health in all policies* » prôné par l'OMS. Mais depuis la pandémie de covid 19, survenue en mars 2020, le comité interministériel pour la santé ne s'est plus réuni.

B - Un effort de planification et de programmation qui reste incomplet pour accélérer la mise en œuvre de la SNS

La stratégie nationale de santé est exposée dans un document expliquant les choix et les options stratégiques, ainsi que les grandes orientations du ministère en matière de prévention en santé. Si la cohérence des objectifs du PNSP par rapport à ceux de la SNS n'est globalement pas mise en cause, comme l'indique le HCSP, saisi le 12 octobre 2018⁹⁶ par le ministre de la santé pour l'évaluation du PNSP, il reste que, d'une manière générale, et au plan de l'efficacité de la programmation, les objectifs du plan ne sont ni chiffrés ni annualisés ou pluri-annualisés⁹⁷, ce qui ne permet pas d'apprécier l'effectivité ni les résultats de la politique mise en œuvre.

1 - Un plan sans objectifs chiffrés ni programmation dans le temps.

Le PNSP français ne prévoit pas d'objectifs nationaux calendaires pluriannuels et coordonnés concernant l'ensemble des grandes pathologies et renvoie à d'autres plans existants

⁹⁵ Dans son avis du 29 novembre 2017.

⁹⁶ HVSP, évaluation de la pertinence et de la cohérence du Plan national de santé publique, 14 mars 2019, disponible sur [hcsp.fr](https://www.hcsp.fr).

⁹⁷ Avis du HCSP du 12 octobre 2018 : « Cette analyse montre toutefois des points de faiblesse. C'est le cas de quelques objectifs de la SNS (2/16) qui font l'objet d'objectifs opérationnels limités mais aussi de la politique de prévention à destination des enfants, des adolescents et des jeunes. Pour cette dernière, les objectifs de la SNS sont nombreux et seuls quelques-uns font l'objet d'objectifs opérationnels dans le PNSP ».

disposant de leur propre calendrier pluriannuel (exemple : la stratégie décennale de lutte contre le cancer), sans établir de lien de complémentarité d'objectifs et de programmation.

Pourtant le PNSP pourrait être l'outil de mise en œuvre de la SNS avec un niveau de programmation précis, en renvoyant, pour chaque action, à un agenda défini, à l'instar des autres pays européens, notamment le Royaume-Uni, l'Italie et l'Allemagne.

Le modèle britannique est le plus proche de l'organisation de la santé publique en France, par son caractère national et descendant. Le Royaume-Uni a prévu un plan de prévention en santé aux objectifs clairs, fixés en fonction de l'âge et couvrant la plupart des grandes pathologies. Des objectifs pluriannuels nationaux et généraux figurent ainsi dans le plan national de santé ou *NHS Long Term Plan* adopté en janvier 2019, qui prévoit, tous les cinq ans, un bilan de santé pour tous les adultes de 40 à 74 ans, (*NHS Health Check*). Ce programme est conçu pour aider à prévenir et à détecter les signes précoces de maladies cardiaques, de maladies rénales, de diabète de type 2, d'accidents vasculaires cérébraux et de démence.

Le *NHS Long Term Plan* fixe des priorités stratégiques qui ciblent les principaux facteurs de risques des pathologies chroniques, notamment :

- le tabagisme : l'objectif est de réduire d'ici 2022 le tabagisme des adultes à 12 %, celui des femmes enceintes à 6 % et des jeunes de 15 ans à 3 %. D'ici 2023 à 2024, toutes les personnes fumeuses hospitalisées se verront proposer des services de traitement du tabagisme financés par le NHS, y compris un nouveau parcours de grossesse sans tabac pour les futures mères et leur partenaire ;
- l'obésité infantile : l'objectif de diviser par deux le taux d'obésité infantile est fixé d'ici à 2030, ainsi que la réduction de l'écart de prévalence de l'obésité infantile entre les zones géographiques les plus favorisées et les zones les plus défavorisées. Un doublement de l'enveloppe financière consacrée au programme de prévention du diabète au cours des cinq prochaines années est aussi prévu ;
- l'alcool : au cours des cinq prochaines années, des équipes spécialisées seront mises en place dans les hôpitaux ayant les taux les plus élevés d'admissions liées à la dépendance à l'alcool ;
- les facteurs de risques concernant les AVC : le plan fixe également l'objectif de prévenir 150 000 accidents vasculaires cérébraux et crises cardiaques au cours des dix prochaines années, en agissant sur l'hypertension, l'hypercholestérolémie et la fibrillation auriculaire (FA).

La prévention en modèle décentralisé : les exemples italien et allemand

Dans ces deux pays, les gouvernements ont adopté des plans de prévention en santé cohérents, comportant des objectifs pluriannuels.

En Italie, la stratégie de prévention des grandes pathologies est établie par le ministère de la santé dans le *Piano nazionale di prevenzione* (PNP), qui prévoit des objectifs pluriannuels, et dans les Plans États-Régions de prévention (PRP) qui en découlent. Le PNP 2020-2025 s'inscrit dans le cadre de la mise en conformité de l'Italie à l'Agenda 2030 de l'ONU. Ce premier texte se décline en une succession de plans régionaux de prévention soutenus par des lignes centrales, garanties de la cohésion générale du système. Ce plan comprend aussi des objectifs thématiques nationaux : lutte contre l'alcool, prévention des cancers, lutte contre le HPV, contre le surpoids, l'obésité et l'hypertension artérielle et des plans thématiques régionaux de prévention dont il fait donc la synthèse et à qui il offre un cadre de référence cohérent.

S'agissant de la lutte contre le HPV⁹⁸, l'Italie a adopté, en 2017-2019, un plan de prévention intégré dans le calendrier de vaccination de tous les adolescents à partir de 12 ans dont la mise en œuvre est confiée aux régions qui peuvent fixer leur propre stratégie de vaccination pour atteindre les objectifs fixés par le plan national. Ce dernier encourage également la détection précoce par l'intermédiaire de Pap-tests réalisés tous les 2 à 3 ans pour les femmes âgées de 25 à 65 ans, soit par invitation soit incorporés aux niveaux de soins essentiels. D'autres objectifs sont prévus, comme la lutte contre le surpoids et l'obésité accompagnée d'une stratégie de dépistage précoce du diabète ou encore le dépistage de l'hypertension artérielle, pour lequel l'État a travaillé avec le secteur privé au développement d'outils numériques contribuant au contrôle individualisé de sa santé.

L'Allemagne dispose elle aussi depuis 2015 d'une loi pour la prévention⁹⁹ de la santé qui comporte des objectifs pluriannuels clairs¹⁰⁰. Cette loi qui a renforcé la promotion de la santé et de la prévention a introduit, avec la Conférence nationale pour la prévention (NPK) qui doit se réunir chaque année, une méthode d'élaboration conjointe des objectifs de la politique de prévention discutés et définis avec les institutions d'assurance sociale, le gouvernement fédéral, les *Länder*, les communes, l'agence fédérale pour l'emploi ainsi que des groupes de défense des patients et partenaires sociaux. La conférence nationale sur la prévention « offre de nouvelles opportunités, perspectives et ressources financières pour une meilleure orientation vers les objectifs et la coordination des acteurs importants »¹⁰¹. Depuis la loi de 2015, la conférence nationale pour la prévention a fixé trois catégories d'objectifs : « grandir en bonne santé », « vivre et travailler en bonne santé » et « vieillir en bonne santé » et plusieurs sous-objectifs résultant de plans antérieurs. Ainsi, est prévu un plan portant sur diabète sucré de type 2, sur la prévention du cancer du sein, sur la réduction de l'usage du tabac et de la consommation d'alcool, et la lutte contre les maladies chroniques (en cours d'élaboration), à l'instar du plan de lutte contre les maladies chroniques italien. La loi sur la prévention de 2015 prévoit également un axe global de « Promotion de la santé de l'enfant », qui joue un rôle important dans le soutien aux programmes de formation pour les enfants atteints de maladies chroniques, l'amélioration des soins aux enfants et adolescents souffrants de maladies mentales, et la prévention du surpoids et de l'obésité chez les enfants.

⁹⁸ OMS, *European Observatory on Health Systems and Policies, Health Systems in Transition*, 2014.

⁹⁹ *Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention - Präventionsgesetz (PrävG)*.

¹⁰⁰ L'Allemagne fait partie des pays de l'OCDE) avec la France, les États-Unis et la Suisse allouant la plus grande part de son PIB aux dépenses de santé dont 3,2 % de celles-ci à la prévention, ce qui est légèrement au-dessus de la moyenne de l'OCDE.

¹⁰¹ D'après une étude du centre fédéral d'éducation pour la santé (BZgA), actualisée en 2018.

À la différence des exemples italien et allemand qui reposent sur une logique décentralisée ou fédérale, la mise en œuvre de la stratégie reste plus centralisée en France.

En Italie, la mise en œuvre de la politique de prévention repose principalement sur les autorités locales, dont les dépenses sont évaluées régionalement. Chaque région italienne dispose de son propre budget de santé financé par les impôts locaux et par l'État.

En Allemagne, si la politique de prévention est définie dans ses grandes lignes par l'État fédéral, les *Länder* disposent de la compétence de mise en œuvre de ses objectifs adaptés au contexte local, y compris en matière de prévention secondaire.

Ces modèles d'organisation ne parviennent pas à résorber certaines inégalités régionales en termes de prévention en santé. Par exemple, en Italie, les politiques de lutte contre le surpoids et l'obésité n'ont pas eu la même efficacité et les inégalités de santé entre le Nord/Centre et le Sud. De même, la vaccination contre le HPV n'a pas la même ampleur en ex Allemagne de l'Est et ex-Allemagne de l'Ouest.

Des mécanismes de coordination sont mis en place pour y remédier. En Allemagne, la conférence nationale sur la prévention examine un rapport national sur la prévention (*Präventionsbericht*) qui est remis au ministère de la santé pour la mise en œuvre et le développement de la stratégie nationale de prévention. Le suivi et la coordination par l'État fédéral de la mise en œuvre des objectifs par les *Länder* a lieu tous les quatre ans. Par ailleurs, se tiennent aussi des conférences annuelles des ministres des *Länder* de la Santé et de l'Éducation (pour la prévention scolaire). Mais ces structures, qui ont l'avantage de stimuler les processus de décision locaux, tiennent néanmoins à l'écart le gouvernement fédéral. D'après l'étude allemande du centre fédéral d'éducation pour la santé (BZgA) de 2018, « *le manque de hiérarchisation et de planification systématiques, le manque de transparence, le manque de mise en réseau et de coordination entre les nombreux acteurs et services, et l'existence associée de lacunes et de chevauchements dans les soins* »¹⁰², constituent de réelles limites organisationnelles du système de prévention en santé allemand.

2 - Un plan sans indicateurs clairs de résultats, une évaluation à la peine

Le plan français de prévention ne comporte pas non plus d'indicateurs de résultats pour mesurer les effets des actions de prévention. Comme l'a indiqué le HCSP, la SNS n'a pas en effet prévu « d'objectifs qui pourraient être suivis, ni d'indicateurs de suivi notamment d'indicateurs de qualité¹⁰³ ».

Les indicateurs de résultats de la politique de prévention sont plus clairs au Royaume-Uni, en Allemagne et en Italie, ce qui facilite l'évaluation. Dans les trois pays considérés, le dispositif d'évaluation de la politique de prévention repose sur des indicateurs déterminés, en lien avec une planification nationale qui s'appuie sur des objectifs calendaires.

Ainsi, en Italie, le ministère de la santé a établi un cadre général national pour mesurer la réalisation des objectifs fixés par le plan national de prévention comprenant dix objectifs macro-sanitaires. Les plans régionaux de prévention prévoient un processus d'évaluation qui fait l'objet

¹⁰² D'après une étude du centre fédéral d'éducation pour la santé (BZgA), actualisée en 2018.

¹⁰³ Avis du HCSP du 29 novembre 2017 sur le projet de Stratégie nationale de santé.

de l'accord État-Régions du 25 mars 2015 permettant de suivre et de mesurer la réalisation des objectifs centraux et régionaux reposant sur 130 indicateurs.

L'Angleterre dispose également d'un système d'évaluation des politiques de prévention avec des indicateurs précis. Le ministère de la Santé (DHSC) évalue annuellement l'atteinte par le NHS des objectifs qui lui ont été fixés – incluant les objectifs en matière de prévention. Au niveau local, *Public Health England* met à la disposition des collectivités locales des guides pour évaluer l'efficacité médico-économique des mesures qu'elles mettent en place. Des rapports confiés à des personnalités indépendantes pour évaluer les politiques de santé publique sur le moyen terme ont par ailleurs fait date. L'évaluation de la politique de prévention en santé prend bien en compte les aspects médico-économiques. Ainsi, lorsqu'il propose une réflexion sur une politique de santé et des axes d'amélioration, le NHS évalue l'économie potentielle ou dépense évitable, si les pathologies avaient été prévenues. Intégrer cette notion au cœur de l'évaluation et du développement des politiques publiques a plusieurs fois montré un effet tout à fait positif.

La mise en place des *Alcohol Care Teams* (ACTs) – cellules de prise en charge et de lutte contre la consommation nocive d'alcool intégrées au sein des hôpitaux – en est un exemple. Il est à replacer dans le cadre de la doctrine générale du système de santé, reposant sur le « *make every contact count* » et encourageant ainsi l'intégration de la prévention au parcours de soins. Si cette réflexion en termes de coûts est née dans un contexte de manque voire de diminution de ressources, elle a finalement démontré son efficacité sur le plan qualitatif puisque, selon le *NHS Long Term Plan*, les ACTs pourraient prévenir 50 000 hospitalisations par an.

En Allemagne, l'Institut Robert Koch (*Robert Koch Institut* – RKI) - joue un rôle significatif dans l'évaluation de la politique de prévention, notamment en participant au réseau de coopération pour le développement des objectifs nationaux en matière de santé (*Gesundheitsziele.de*) dans lequel plus de 120 organisations du système de santé allemand sont impliquées depuis près de 20 ans en fournissant des indicateurs et sources de données appropriées afin de mesurer le degré de réalisation des objectifs. Opérateur de niveau national, le RKI est responsable de la collecte des données de santé, de la production d'analyse et de recommandations ce qui en fait un acteur majeur de l'évaluation.

Le système français d'évaluation de la politique de santé est donc plus fragile que dans ces pays, en raison des difficultés de production des indicateurs retenus (cf. *infra*). Le suivi opérationnel du PPP est assuré par le comité permanent restreint du CIS. Un tableau de bord sur l'état d'avancement et les alertes est mis à jour tous les trimestres par la DGS pour les 25 mesures phares et tous les semestres pour les autres actions du PNSP. Néanmoins le suivi par indicateur n'a pas encore eu lieu, il est à ce jour « non stabilisé » et limité aux sujets liés aux engagements internationaux de la France, du point de vue des objectifs de développement durable¹⁰⁴.

¹⁰⁴ Le Gouvernement français a décidé de mettre en chantier une feuille de route pour les ODD dont l'élaboration est coordonnée par la déléguée interministérielle au développement durable et le ministère de l'Europe et des Affaires étrangères (MEAE). Cette feuille de route, stratégique, sera définie d'ici juin 2019. La liste nationale des 98 indicateurs sera donc réajustée lorsque la feuille de route sera finalisée afin que le tableau de bord soit en cohérence avec les priorités nationales ainsi définies.

S'agissant des indicateurs globaux de santé publique, le HCSP indique dans son avis du 27 février 2019¹⁰⁵, que des thèmes importants de la SNS ne se retrouvent pas dans les indicateurs proposés, (comme surpoids et obésité, la politique de santé de l'enfant qui est peu représentée, la santé au travail) et qu'il existe une disparité entre le nombre d'indicateurs par axe qui ne semble pas justifié au regard des objectifs.

Par ailleurs, les indicateurs de performance annexés aux projets de loi de finances sont, à ce jour, peu utilisés. Il conviendrait de remettre de la cohérence entre les principaux indicateurs de la politique de santé, et de choisir quelques indicateurs de performances utilisables par toutes les administrations, y compris par la DSS.

Il est donc indispensable d'élaborer des indicateurs dédiés à la prévention, et d'en sélectionner quelques-uns, les plus pertinents, pour permettre une évaluation de l'efficacité de la politique de prévention.

3 - Un plan sans objectifs chiffrés communs avec les autres plans de santé publique traitant de la prévention

Le PNSP dresse un programme de 200 actions sur les déterminants de santé sans pour autant établir d'articulations précises avec les autres plans de prévention thématiques existants : *« Au-delà des actions du PNSP, différents plans prévoient des interventions qui couvrent cette tranche d'âges et les thématiques qu'elle rencontre : le Plan logement, le Plan national de réduction du tabagisme, le Plan d'action sur les produits phytosanitaires, le Plan national santé environnement, le Plan santé travail, le Plan national nutrition santé, le Plan national alimentation, le Plan chlordécone, la stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens, le plan national de mobilisation contre les addictions, la stratégie nationale sport-santé, le Plan cancer 2014-2019 ».*

Outre la redondance de certains plans comme, par exemple, le Plan national nutrition santé et le plan national alimentation, le PNSP ne fixe pas d'objectifs communs aux différents plans et n'en propose donc pas de synthèse. Il en résulte qu'il ne porte pas de vision transversale opérationnelle, déclinable pour l'ensemble des maladies, par tranche d'âge ; les problèmes d'articulation entre les plans ne sont pas résolus par le PNSP ; le « tout est dans tout » complexifie la mission des administrations nationales et régionales et n'aide pas les effecteurs à la mise en œuvre concrète des objectifs de prévention.

L'exemple anglais montre que l'efficacité de la planification et sa lisibilité sont intrinsèquement liées à une approche transversale, avec une cible populationnelle unique. Ainsi, le *NHS Long Term Plan*, comme évoqué *supra*, prévoit, tous les cinq ans, un « *NHS Health Check* » il met donc en lien la prévention des grands pathologies qui est intégrée et planifiée dans l'espace (les déclinaisons locales ont été mises en œuvre en avril 2019) et dans le temps (les feuilles de route ont été prévues à 5 ans et l'échéance finale a été fixée à 10 ans). Dans un contexte où l'ampleur des déprogrammations et du renoncement aux soins liés à l'épidémie de coronavirus fait craindre une augmentation des pathologies chroniques graves dans les moins à

¹⁰⁵ Liste des indicateurs de résultats et d'impact de la stratégie nationale de santé 2018-2022.

venir, le gouvernement du Royaume-Uni a réaffirmé l'importance de ce dispositif et plus largement des bilans de santé.

Au contraire du plan anglais, le PNS ne propose pas de répartition des compétences entre les différents acteurs, nationaux et régionaux et ne prévoit pas mesures structurantes concernant les éléments d'organisation territoriale.

II - Une déclinaison mal assurée de cette stratégie aux niveaux régional et territorial

La définition des objectifs régionaux de prévention résulte d'une synthèse entre la déclinaison des plans nationaux et des réalités infrarégionales épidémiologiques très différenciées.

L'organisation de l'offre de prévention repose sur des processus nationaux et régionaux mal articulés et ne permet pas une réelle maîtrise par les ARS et les pouvoirs publics des principaux leviers de la prévention.

A - Des objectifs régionaux de prévention, à la croisée des programmes nationaux et des besoins territoriaux

Les bilans d'évaluation des premières générations de projets régionaux de santé (2010-2016) ont permis de mieux appréhender les enjeux et les besoins territoriaux en matière de prévention. Les axes stratégiques des projets régionaux de santé (PRS) de deuxième génération comportent désormais un ou plusieurs volets relatifs à la prévention des grandes pathologies chroniques, permettant à la fois de mobiliser les fonds et programmes de prévention nationale (FNPEIS, FLCA), de décliner en région les plans nationaux (plan cancer, plan tabac, plan nutrition) et de répondre aux enjeux locaux de prévention. Les priorités d'actions des ARS suivent une logique populationnelle (enfants/jeunes, personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes vulnérables) et de parcours (prévention et promotion de la santé tout au long de la vie avec adaptation des stratégies d'intervention et des thématiques retenues) ; elles se concentrent sur les principaux déterminants de santé (addictions, santé mentale, nutrition/activité physique) et la prévention médicalisée (vaccination, dépistages).

Les besoins de chaque région sont recensés sur la base de travaux de l'Insee, des Observatoires régionaux de santé (ORS), de la Cnam, de l'Inserm, de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et des Cellules d'intervention en région (Cire, SPF). Les cellules régionales de Santé publique France (Cire) représentent l'agence dans les régions et peuvent à ce titre être sollicitées.

L'échelon régional n'est toutefois pas pertinent pour le suivi épidémiologique des grandes pathologies, ni pour le pilotage fin des actions de prévention les concernant. Une approche départementale ou territoriale est nécessaire pour cibler les politiques de prévention.

Des progrès ont pu être relevés en ce qui concerne les caractéristiques épidémiologiques en matière de cancers, de diabète et de maladies cardiovasculaires, qui sont désormais mieux identifiées au niveau des territoires à la faveur des bilans d'évaluation des premiers PRS.

Des approches départementales ou infra-départementales existent, mais doivent être développées. Ainsi, en Pays de la Loire, l'ARS a accès via le système national des données de santé (SNDS) à l'atlas des pathologies élaboré par la Cnam, qui permet de suivre l'évolution de l'incidence des principales pathologies, depuis le niveau des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) jusqu'au niveau régional. Santé publique France a par ailleurs développé un outil pertinent, « Géode », permettant de dessiner la carte de France des principales pathologies ou facteurs de risques avec des critères particulièrement fins (âge, sexe, type d'alcool consommé par exemple, etc.) et accessibles au grand public. Il s'agit d'un progrès incontestable.

Malgré ces avancées, les données mises à disposition des ARS sont plus ou moins précises selon les actions et les pathologies. S'agissant de la vaccination, les données issues des travaux de Santé publique France ne sont disponibles qu'à l'échelle départementale et ne permettent donc pas d'affiner les stratégies au niveau infra départemental, à partir d'un ciblage des populations prioritaires à vacciner et compte tenu des pratiques vaccinales des professionnels de santé.

Pour disposer de données significatives sur le plan méthodologique, à un niveau infra-départemental, il convient d'organiser le recueil de données utiles et pertinentes à un meilleur ciblage des actions, et ce plus massivement qu'elles ne le sont à ce jour dans les systèmes d'informations de la Cnam et des professionnels de santé (cf. *infra*).

B - Une animation territoriale par les ARS qui demeure difficile à exercer

L'enjeu principal est de peser sur l'organisation de l'offre de prévention et en premier lieu sur celle des professionnels de santé. Or, les ARS démultiplient les organes de consultation et de coordination à un échelon régional, selon des formules qui ne sont jamais stabilisées, fluctuent au gré de la publication des plans nationaux et n'ont que peu de prise sur les professionnels de santé.

Les ARS ont créé de leur propre initiative les comités internes (comité stratégique, comité de pilotage – Copil – interne, comité technique PRS, groupes « parcours », comités techniques départementaux de promotion de la santé et les consultations d'instances locales qui lui sont rattachées à partir d'une approche essentiellement thématique (commission addictions, Copil prévention du suicide, Copil vaccination, Copil santé des enfants et des jeunes, Copil PNNS, Copil dépistage des cancers, commission spécialisée prévention de la CRSA, commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention, de santé scolaire, de santé au travail et de PMI, conseils de territoire de santé)¹⁰⁶. Là encore, la taille des régions masque parfois une réalité très différente de l'offre de prévention entre les territoires ruraux et urbains, qu'il s'agisse de médecins, de laboratoires de biologie, de centres d'imagerie ou d'établissements de santé. Comme pour l'analyse épidémiologique des maladies chroniques, l'approche départementale est plus pertinente.

¹⁰⁶ Les commissions de coordination des politiques publiques avaient été instituées à l'occasion de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 (HPST) mais n'ont pas pu assurer réellement l'animation de la politique de prévention à l'échelon régional et local.

Une seconde limite de cette transposition locale de la stratégie nationale réside dans les conventions des professionnels de santé avec l'assurance maladie, établies au niveau national. Ces accords déterminent en grande partie la rémunération des actes techniques de la prévention ; elles comprennent depuis 2011 un volet prévention et une part de rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp). Si les ARS ont une compétence générale sur l'offre de soins, celle-ci leur échappe en réalité en grande partie pour ce qui concerne certains paramètres essentiels régissant les professionnels de ville, alors que ces derniers jouent un rôle important dans la prévention au niveau local. Les outils permettant de contourner cette difficulté restent largement expérimentaux et lourds dans leur mise en œuvre. Les partenariats entre les ARS et les Cpm pour coordonner leurs interventions en matière de prévention couvrent notamment des actions de dépistage organisé des cancers et de lutte contre le tabagisme. Ces actions de prévention ne permettent toutefois pas à elles seules de déployer une offre de prévention structurante et durable dans les territoires.

Les ARS n'ont que peu de prise pour animer et structurer l'offre de prévention. La régulation conventionnelle de la médecine de ville, et plus largement des professionnels de santé, prive ces agences de leviers essentiels et les confine dans des expérimentations à la fois lourdes, fragiles et éphémères. Le périmètre des nouvelles grandes régions rend l'animation complexe et l'éloigne de la réalité des territoires. Le département apparaît alors comme l'échelon le mieux adapté pour mettre en place une instance de coordination et de décision rassemblant tous les acteurs de terrain.

C - Des associations spécialisées quasi institutionnalisées, qui sont souvent le relais d'organismes nationaux

Les partenariats associatifs sont développés, une quarantaine en moyenne par ARS. Mais ils sont souvent reconduits sans changements et ne sont astreints qu'à peu ou pas d'objectifs. Aucune garantie ne figure bien souvent sur le caractère probant des interventions ainsi subventionnées et leur suivi est quasi-inexistant.

Les ARS sont en effet très dépendantes, pour la mise en œuvre territoriale de leur politique de prévention, de structures associatives locales ou régionales, pour certaines quasi-institutionnalisées, et qui sont généralement par ailleurs structurées au niveau national, voire même régulées par les administrations centrales. C'est particulièrement le cas dans le domaine de l'éducation et la promotion de la santé avec les instances régionales pour la promotion de la santé (Ireps) et dans le domaine des dépistages organisés avec les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC), deux leviers déterminants en matière de prévention.

Les associations de promotion de santé sont regroupées au sein des Ireps. Elles proposent des accompagnements méthodologiques au profit d'acteurs de terrain ou des actions en direction de publics cibles (enfants, jeunes adultes, personnes en situation de précarité, femmes enceintes, etc.) sur la prévention primaire. Elles dispensent souvent également des actions de formation, rassemblent de la documentation et veillent sur les nouveautés en matière de promotion de la santé. Elles travaillent étroitement avec les ARS dans le champ de la promotion de la santé (formation des professionnels de santé, interventions auprès de publics cibles). Historiquement, elles étaient fédérées au sein du Comité français pour l'éducation à la santé

(CFES) jusqu'à la transformation de cette association nationale par la loi du 4 mars 2002 en une agence nationale, l'Institut national pour la promotion et l'éducation à la santé (Inpes)¹⁰⁷. L'Inpes a été depuis 2016 intégré au sein Santé publique France, au côté de l'InVS (Institut de veille sanitaire). La création des ARS en 2010 a laissé les Ireps dans le champ associatif, quand bien même celles-ci sont de fait leur bras armé en matière de prévention non médicalisée. La mission de promotion et d'éducation à la santé est ainsi exercée de façon éparse, redondante et peu coordonnée.

Comme dans le champ de la prévention primaire avec les Ireps, l'organisation des dépistages en matière de cancers est marquée par des structures associatives anciennes. Leur régulation est éclatée, à la fois nationale et en partie régionale, le cadre juridique étant défini par la direction générale de la santé. L'Inca a été chargé de la définition de leurs bonnes pratiques. Elles sont financées notamment par la Cnam via le FNPEIS mais aussi par les ARS via le FIR, quand bien même ces deux fonds proviennent tous deux des crédits de l'assurance maladie. Le dépistage organisé des cancers (cancer du sein, cancer colorectal, cancer du col de l'utérus) a été ainsi confié dès leur mise en place au début des années 2000, à ces structures départementales ou interdépartementales qui assuraient la gestion des invitations, le suivi des résultats, le contrôle de la qualité et la communication auprès du public et des professionnels.

Des centres régionaux de coordination des dépistages du cancer (CRCDC), regroupant au niveau régional ces structures départementales, ont été mis en place à partir de 2018 pour permettre une rationalisation des moyens et une homogénéisation des pratiques. Par arrêté du 23 mars 2018, le ministère de la santé a engagé cette réforme des dépistages organisés des trois cancers (cancer colorectal, cancer du col de l'utérus, cancer du sein), en définissant un nouveau « cahier des charges ». À l'exception de l'organisation retenue en Centre-Val de Loire, qui a adopté la forme juridique d'un groupement de coopération sanitaire (GCS), les autres « structures de gestion » sont des associations.

Effective au 1^{er} janvier 2019, cette régionalisation s'est accompagnée d'une répartition des tâches entre le niveau régional et les antennes départementales. Chaque année la Cnam et les ARS arrêtent les moyens de fonctionnement de ces structures associatives, à partir d'instructions de la direction générale de la santé reprises dans la circulaire de campagne aux ARS. Selon les données de la Cnam, le montant du budget ainsi alloué sous la forme de subventions à ces structures associatives de dépistage atteint près de 100 M€ et leurs effectifs salariés représentent près 782 ETP.

La régionalisation a mis au jour plusieurs lacunes dans la mise à niveau de ces structures, plus ou moins surmontées à ce jour, sur le plan administratif, dans la gestion des données de santé, du renouvellement des équipements biomédicaux ou encore des ressources médicales. Sur le plan de la gestion administrative, la consolidation des effectifs a rendu redevables ces nouvelles structures à des cotisations employeurs, sans qu'elles disposent des compétences en ressources humaines pour anticiper les conséquences des franchissements de seuil : le non-

¹⁰⁷ Elles ont alors recréé une fédération nationale de l'éducation à la santé (FNES), pour animer le réseau des associations régionales œuvrant dans le champ de la promotion de la santé « *La Fnes, Association Loi 1901, a été créée en 2002 afin d'assurer les fonctions de tête de réseau des Comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé (Cres et Codes) suite à la transformation du Comité français d'éducation pour la santé (CFES), Association Loi 1901, en Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), Établissement public administratif* ».

paiement de ces cotisations a conduit à une amende prise en charge complètement par l'assurance maladie et les ARS, expliquant une grande partie de l'augmentation des crédits dont elles ont bénéficié. Ces structures, qui reçoivent des données nominatives de la Cnam pour pouvoir réaliser les campagnes, n'ont pas la taille et les ressources en interne pour répondre aux normes découlant de la réglementation de la Cnil et du RGPD. Le recrutement de praticiens en nombre pour pouvoir lire les résultats est également une difficulté et donc un enjeu.

Leurs résultats sont de fait très hétérogènes d'une région à l'autre et d'un dépistage organisé à l'autre. La Cnam et l'Inca ont mené un travail important d'analyse des performances des nouveaux centres régionaux de coordination des dépistages des cancers, à l'occasion de la régionalisation, en comparant les structures par groupe de niveau : dans le cas du cancer du col de l'utérus, les régions Île-de-France et Auvergne-Rhône-Alpes affichent un taux de participation de 12 % contre en moyenne 30 % pour toutes les autres. Dans celui du cancer colo-rectal, Île-de-France, les régions d'Outre-mer et la Corse se situent entre 10 % et 15 % en dessous des autres régions métropolitaines. Une situation similaire, mais moins prononcée, est constatée dans le cas du cancer du sein. On observe de grandes disparités de coûts des invitations à se faire dépister et des dépistages effectivement réalisés, ce qui montre le caractère inabouti de la réorganisation. Enfin, l'articulation avec les médecins de ville n'est pas satisfaisante en termes d'information sur les patients convoqués mais ne participant pas ou sur ceux qui participent mais dont le résultat n'est pas communiqué au médecin traitant. Or, cette diffusion de l'information est nécessaire à l'efficacité de ces stratégies de dépistages car elle préserve toutes les chances d'un dépistage précoce et donc d'un pronostic vital plus favorable pour le patient. Cette question est au cœur des problématiques de parcours coordonnés et de pertinence des soins. Pour la résoudre, l'accord du patient pour la transmission de ces informations à son médecin traitant devrait être présumé acquis, sauf opposition de sa part.

Les difficultés que rencontrent les structures de dépistages organisés ne relèvent pas que d'une simple harmonisation des pratiques et appellent une réorganisation plus profonde pour faire face aux enjeux à venir du dépistage, au-delà de la régionalisation déjà mise en œuvre.

Sur un plan organisationnel et budgétaire, la Cnam apparaît comme devant être un acteur de premier plan de cette réorganisation. En premier lieu, par sa capacité démontrée pendant la crise pandémique récente à s'adresser à l'ensemble des assurés (avec notamment plus de 40 millions de comptes Ameli créés pendant la crise), elle occupe une position centrale, la plus efficiente, pour appeler les assurés à se prêter à un dépistage. Elle peut en outre s'appuyer sur les professionnels de santé (médecins, pharmaciens, biologistes, etc.), avec qui elle a des relations conventionnelles privilégiées. Pour les populations ne répondant pas spontanément à ces campagnes nationales portées par la Cnam, les CRCDC pourraient alors intervenir dans un second temps, de manière adaptée et plus ciblée et avec toute la valeur ajoutée d'un acteur de proximité. Enfin, la Cnam a une vision sur les dépistages individuels au travers des remboursements. Cette position unique permettrait de consolider les deux approches (dépistage organisé et dépistage individuel) et de disposer enfin d'un pilotage à la fois plus intégré et plus précis de cet aspect central de la politique de lutte contre le cancer.

Le regroupement des moyens budgétaires des CRCDC autour d'un seul donneur d'ordre, la Cnam, apparaît naturel s'agissant de crédits de l'assurance maladie. L'ensemble des financements des CRCDC provenant de l'assurance maladie doivent en conséquence être centralisés au sein du FNPEIS. Sur le plan médical et de la recherche, l'Inca apparaît comme

l'acteur clé d'une future réorganisation. La France a fait le choix d'un opérateur regroupant à la fois la définition des bonnes pratiques, la recherche et l'épidémiologie en matière de cancer. Cette triple compétence le désigne pour tirer parti des synergies entre ces missions. Dans le cadre du suivi de la stratégie décennale du cancer qui a fixé une cible nationale en la matière, la publication chaque année sur le site de l'Inca des indicateurs quantitatifs et qualitatifs de chacun des centres de dépistage et l'écart éventuel à des cibles annuelles de dépistage par région, définies par l'Inca et la Cnam, apparaît nécessaire.

III - Une organisation des soins primaires inadaptée au déploiement de la prévention

Les préoccupations de prévention sont en France insuffisamment présentes et structurées dans l'organisation des soins primaires, malgré des évolutions encourageantes conduisant à un exercice plus collectif, pluridisciplinaire et pluri-professionnel de la médecine, plus favorable à la prévention.

Plusieurs obstacles existent. D'abord, le recours au médecin a lieu en général lors de l'apparition d'un symptôme, c'est-à-dire à un stade plus ou moins déjà avancé de la maladie. Ensuite, la rémunération des professionnels de santé est trop peu incitative pour les actes à forte valeur ajoutée de prévention ou pour ceux dispensés au bénéfice des populations clés. Enfin, à l'inverse des prises en charge curatives, les référentiels en matière de prévention sont épars. Ceci explique que le recours aux professionnels, médicaux ou non médicaux, soit insuffisamment développé pour permettre de déployer et de systématiser les actes de prévention tout au long de la vie.

A - Une organisation de la médecine de ville peu propice à la prévention

1 - Une médecine de ville sollicitée sur symptômes et trop centrée sur les soins curatifs

La notion de soins primaires, qui comporte un important volet prévention, a été définie à la conférence de l'OMS d'Alma Ata en 1978. L'Irdes en avait établi une catégorisation : système des soins primaires régulés par l'État (Espagne/Catalogne, Suède, Finlande), modèle professionnel hiérarchisé autour du médecin généraliste (Australie, Nouvelle Zélande, Pays-Bas, Australie) et modèle professionnel non hiérarchisé à la discrétion des acteurs (Allemagne, Canada) offrant des points de convergence avec notre pays¹⁰⁸. Les auteurs de cette étude observaient que si la France relevait historiquement plutôt du modèle professionnel non-hiérarchisé, elle empruntait de plus en plus certaines caractéristiques des deux autres modèles. Malgré des évolutions récentes, les soins primaires restent en France globalement peu organisés et le rôle du médecin traitant en tant qu'acteur de la prévention ne constitue pas une priorité.

Ce rôle a pourtant été défini à l'article. L. 4130-1 du CSP, dans sa rédaction issue de la loi du 9 août 2004, en particulier ses 4° et 6°. Le médecin généraliste de premier recours doit

¹⁰⁸ Irdes, Questions d'économie de la santé n° 141, « *Trois modèles d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande* », avril 2009.

ainsi : « veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient » et « contribuer aux actions de prévention et de dépistage ». Chaque patient de plus de 16 ans doit déclarer un médecin traitant pour bénéficier du remboursement de ses consultations à taux plein. Mais cette tentative de structuration autour du médecin généraliste souffre néanmoins de deux difficultés : le manque de médecins et l'inégal respect de cette obligation de déclaration. De nombreux assurés sociaux n'ont en effet pas de médecin traitant, ce qui les rend inaccessibles aux actions de prévention mis en œuvre par ces professionnels. En 2020, cette situation concernait 5,4 millions de patients (8,6 % des assurés) selon la Cnam, la plupart du temps en raison de problèmes de démographie médicale. Ce phénomène est tel que l'assurance maladie a aménagé le régime de non-prise en charge en cas d'absence de médecin traitant déclaré. Par ailleurs, certains patients déclarent encore un médecin traitant qui n'est plus le leur, après un déménagement par exemple.

Les généralistes sont le plus souvent consultés à l'apparition de symptômes, ce qui du point de vue de la prévention primaire n'est pas suffisant.

L'exercice de la médecine générale, qui repose majoritairement sur un exercice isolé et le paiement à l'acte, n'est pas favorable à la prévention. Dans de nombreux pays, au contraire de la France, le médecin généraliste, souvent salarié, est adossé à un petit plateau technique : il peut ainsi au cours de la consultation réaliser une vaccination, car il dispose d'un stock pharmaceutique, il peut réaliser un prélèvement sanguin sur un patient après l'avoir convaincu de se faire dépister. Il dispose d'une assistante médicale qui recueille les constantes physiologiques, qui vérifie le statut vaccinal et procède aux rappels éventuels (vaccination, dépistage). En France, les ruptures de la prise en charge (prendre un rendez-vous au laboratoire, chez un spécialiste ou dans un cabinet de radiologie en sortant de chez le médecin) sont autant d'occasions pour le patient de renoncer à consulter ou à se faire vacciner ou dépister et à aller au terme de la démarche de prévention.

L'offre de prévention est jugée peu lisible par le panel citoyen

Un panel d'une vingtaine de citoyens de différents profils, a été constitué pour participer à des ateliers. À cette occasion, le panel a pu s'exprimer librement sur les recommandations proposées par la Cour puis travailler sur ses propres attentes et axes d'amélioration.

Ils ont notamment fait part de leur difficulté à comprendre le système de santé de façon générale, et de la prévention en particulier. Ils évoquent des expériences difficiles d'orientation à l'intérieur de ce système, auquel s'ajoutent les difficultés d'accès à un professionnel de santé dans un période donnée (vacances, week-end) ou horaire donné (soirée, nuit) ou encore dans un territoire donné.

Si depuis 2007, il existe pour les professionnels de santé un répertoire opérationnel des ressources (ROR) de l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale, il n'existe pas de document équivalent pour les patients.

Ils proposent de faire émerger des « repères » dans les parcours de prévention avec des interlocuteurs référents et des canaux d'information bien identifiés, voire la mise en place d'un « guichet unique » de la prévention.

2 - Une rémunération par nature défavorable à la pratique de la prévention

Des travaux économiques ont mis en évidence que le mode de rémunération à la capitation permettait une meilleure prise en charge des patients en bonne santé, donc asymptomatiques, par des actions de prévention, alors que le système du paiement à l'acte au contraire favorisait la dispensation d'actes curatifs¹⁰⁹ destinés à des personnes déjà malades rencontrant des problèmes de santé qualifiés de moyens à importants dans cette étude. Les médecins généralistes français sont rémunérés très majoritairement sur la base d'actes inscrits à la nomenclature. L'étude annuelle de la Drees¹¹⁰ fait état d'une rémunération totale de 9,8 Md€ dont 8,4 Md€ de rémunération à l'acte (consultations et visites, dépassements) et près de 1,4 Md€ de rémunération forfaitaire¹¹¹.

Entre 2009 et 2018, la part des rémunérations forfaitaires a certes doublé, passant de 6 % à 12 % dans la part des revenus des médecins. La part de la Rosp reste faible, de l'ordre de 2,7 % (0,25 Md€ en 2018¹¹²) de leur rémunération totale. Plus faible encore est la rémunération des seuls indicateurs de la Rosp basés sur des actes typiques de la prévention qui sont au nombre de 13 (vaccination, dépistage, examen à visée préventive, score de risque) au sein de la Rosp du médecin traitant sur un total de 29 (soit 45 %)¹¹³. Ces derniers ne représentent au final que 1,15 % de la rémunération globale des médecins de ville. Chez les spécialistes, la proportion est encore plus faible : un seul indicateur sur 9 (soit 11 %) concerne la prévention réalisée par les cardiologues et un sur huit (soit 12,5 %) par les endocrinologues. Nonobstant le fait que seuls 79 % des médecins de ville (97 % pour les médecins généralistes) sont éligibles à ces dispositifs, le montant est trop marginal pour avoir un impact déterminant sur les pratiques.

De plus, on observe une grande hétérogénéité des médecins éligibles à cette composante de la Rosp au regard des indicateurs de prévention et en fonction des départements d'exercice. Ainsi en 2018, l'indicateur relatif à la prévention de l'hypertension¹¹⁴ varie entre 12 % (Creuse) et 50 % (La Réunion) des médecins éligibles. À l'opposé, la mesure de l'indicateur « part des patients MT dont le risque cardiovasculaire a été évalué par Score (ou autre grille de cotation) en amont de la prescription de statines (déclaratif) » connaît un indicateur – par ailleurs simplement déclaratif – présentant une meilleure participation, comprise entre 72 % (La Réunion) et 99 % (Ariège).

¹⁰⁹ *Journal of Health Economics*, « How payment systems affect physicians' provision behaviour—An experimental investigation », Juillet 2011, pp. 637-646 : « Payment systems have an adverse effect on patient benefit losses for different patient types. Patients with a good health status suffer from a larger benefit loss under FFS than under CAP. For patients with an intermediate and a bad state of health we find the opposite ».

¹¹⁰ Drees, Panorama, *Les dépenses de santé en 2018*, édition 2019.

¹¹¹ Ces forfaits concernent la permanence des soins, rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) et surtout le forfait patientèle médecin traitant (FPMT).

¹¹² Ce montant est de 0,26 M€ en 2019 ; pour être homogène avec les données de la Drees, il a été utilisé les données 2018.

¹¹³ La définition de quatre d'entre eux a pu évoluer entre 2017 et 2018.

¹¹⁴ « Part des patients du médecin traitant (MT), traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie ou de microalbuminurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire ».

Une étude économique récente¹¹⁵ avait confirmé le peu d'impact des incitatifs financiers sur la prévention, à partir de l'exemple du dépistage du cancer du sein, à propos du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (Capi), outil de paiement à la performance qui avait préfiguré la mise en place de la Rosp : le taux de dépistage ne variait pas avec la mise en place de ce dispositif. Les auteurs de cette étude pointaient les obstacles non-financiers s'opposant à l'essor de cette campagne de dépistage (déterminants sociaux, polémique autour du dépistage organisé, etc.), que la faible rémunération supplémentaire ne permettait pas de lever. Une autre étude¹¹⁶, portant sur le dépistage du cancer du sein également, a mis en évidence le rôle positif des incitations non financières, en particulier la communication au médecin traitant des informations comme la participation de son patient au dépistage organisé et l'information du résultat. Dans le cas du dépistage du cancer colorectal en revanche, les auteurs de cette seconde étude indiquaient que les incitatifs financiers influençaient positivement.

Le principe de la rémunération sur objectifs de santé publique des professionnels de santé est un relais utile dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé. Toutefois, cet outil reste encore trop marginal dans la rémunération globale des médecins et le poids des indicateurs relatifs à la prévention trop faible. Une plus grande fiabilisation des indicateurs qui l'alimentent doit être recherchée.

3 - Une rémunération peu adaptée à la prise en compte des inégalités sociales de santé

Aucune modulation tarifaire ne permet non plus d'inciter à des actions de prévention en direction des personnes socialement défavorisées, alors qu'elle constituerait un levier d'amélioration des indicateurs de santé publique et de l'efficacité de la dépense qui s'y rattache. La prise en charge de patients socialement défavorisés conduit souvent à des consultations plus longues et à la prise en compte des habitudes de vie et de l'environnement du patient, qui devrait appeler une rémunération différenciée pour tenir compte du temps passé. Or, la tarification applicable aux médecins généralistes ne prend que très marginalement en compte la situation sociale du patient. Ce n'est que depuis 2018 que le forfait patientèle médecin traitant (FPMT)¹¹⁷, intègre cet aspect. Ce forfait a représenté un montant de 0,82 Md€ en 2018 pour 84 313 médecins (et près de 500 centres de santé), de 0,84 Md€ en 2019 pour près de 82 000 médecins en 2019, et 0,85 Md€ pour 81 000 médecins en 2020. Dans le cadre de ce nouveau forfait, une majoration est prévue qui intervient lorsque la part des patients qui bénéficient de la complémentaire santé solidaire (qui fusionne l'ancienne couverture maladie universelle complémentaire, la CMU-C, et l'aide à la couverture santé ou ACS) au sein de la patientèle du médecin traitant, est supérieure au taux moyen national. Elle correspond à la moitié de la différence entre le taux national et le taux constaté pour la patientèle médecin traitant du médecin et se trouve de surcroît plafonnée à 25 %. Ce mode de calcul malgré le plafonnement

¹¹⁵ European Journal of Health Economics, 2017 Vol. 18 n°5, pp. 609-621.

¹¹⁶ *Social Science & Medicine*, « What are GPs' preferences for financial and non-financial incentives in cancer screening? Evidence for breast, cervical, and colorectal cancers », vol. 167, octobre 2016.

¹¹⁷ Article 15.4.1 de la convention nationale des médecins. Il s'est substitué aux différentes rémunérations forfaitaires qui étaient versées jusqu'alors pour le suivi des patients, (majorations personnes âgées (MPA), forfait médecin traitant (FMT), rémunération médecin traitant (RMT)), ainsi qu'à la valorisation prévue pour l'établissement du « volet de synthèse médicale » des patients, qui était incluse dans la ROSP.

à 25 % dans la valorisation, constitue une première amélioration, sans être pour autant suffisante.

Le FPMT reste très marginal dans la rémunération globale et peu adapté à une approche préventive.

4 - L'émergence d'un exercice collectif et pluri-professionnel de la médecine, plus favorable à la prévention

Les nouveaux modes d'exercices collectifs sont plus favorables aux pratiques de prévention. Du fait de leur caractère pluridisciplinaire et pluri-professionnel, ils favorisent le parcours coordonné du patient, mais restent à la fois peu nombreux et à un stade expérimental.

Néanmoins, les appels à projet à l'initiative des ARS se multiplient : maisons de santé pluri-professionnelles, équipes de soins primaires coordonnées localement autour du patient, centres de santé et communautés professionnelles territoriales de santé. Chacune de ces structures déploie son expertise de son côté sur les addictions, la vaccination et la prévention de certaines maladies infectieuses notamment. À l'échelle de l'ensemble du territoire, les CPTS sont encore peu nombreuses. Début 2021, alors que l'objectif fixé est la création de 1 000 CPTS en 2022, seuls 295 étaient en phase de pré-projet, 202 avaient validé la lettre d'intention et élaboraient leur projet de santé, 31 étaient en négociation (projet de santé validé) et seulement 111 contrats dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel-CPTS étaient signés. Les CPTS sont invitées par les ARS à faire appel aux acteurs locaux de la prévention, qui interviennent en amont du parcours de soins, très implantés dans les territoires (Ireps, Anpaa, Planning familial) et qui peuvent mener avec elles des animations collectives en direction de populations cibles (population générale, familles, jeunes, personnes en situation de handicap).

Une des principales limites de l'action des ARS réside toutefois dans la définition des conventions entre l'assurance maladie et les professionnels de santé à l'échelon national, comme indiqué plus haut. L'organisation des soins de ville et l'intervention des professionnels de premier recours relèvent ainsi principalement de la Cnam, en raison du poids de la politique conventionnelle pour les professions de santé. Les ARS tentent également de développer leurs propres outils pour créer des dynamiques territoriales de prévention en lien avec les professionnels de santé. Elles contractualisent sous la forme de conventions pluriannuelles avec les Unions régionales des professionnels de santé libéraux (URPS) et leur fixent des objectifs de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Des actions de prévention sont ainsi confiées aux URPS dans le cadre de ces contractualisations.

Les nouvelles compétences en matière de prévention confiées à des professionnels non médecins : l'exemple des pharmaciens d'officine

Pour favoriser ces nouveaux modes d'exercice, les ARS ont soutenu les expérimentations confiant aux pharmaciens d'officine des compétences en matière de prévention. Dans les Hauts de France, l'ARS les a mobilisés dans deux territoires prioritaires, dans le cadre d'un projet de dépistage du risque cardiovasculaire en officine, qui a pris la forme d'une convention entre l'URPS des pharmaciens et l'ARS. Cette action de prévention primaire a permis de sensibiliser la clientèle des pharmacies partenaires et d'amorcer une amélioration de la prévention du risque cardiovasculaire, avec des résultats très probants quant au nombre de patients diagnostiqués. Le budget 2020 ARS-URPS en région Pays de la Loire soutient la mise en place des entretiens pharmaceutiques des patients avec l'URPS des pharmaciens ou encore des actions de développement de la télémédecine qui sont engagées autour du dépistage des rétinopathies diabétiques en coopération avec un ophtalmologiste, enfin, elle a été sollicitée dans le cadre du fonds tabac 2018 pour développer des actions de prévention pour les années 2018 à 2020.

Au-delà de ces expérimentations locales, le métier de pharmacien en officine s'est ouvert, depuis une dizaine d'années, à des missions de santé publique. La promotion de la santé publique est une préoccupation ancienne de l'ordre national des pharmaciens, au travers d'une instance interne depuis 1978, le comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française (Cespharm), doté d'un budget annuel de 700 000 €.

Les pharmaciens se sont ainsi vu confier de nouvelles missions en matière de santé publique et de pharmacie clinique ; le décret du 3 octobre 2018¹¹⁸ leur a attribué l'accompagnement et la mise en place des actions de prévention et de promotion de la santé définies par la stratégie nationale de santé (SNS), la participation à l'évaluation des médicaments et dispositifs médicaux en vie réelle, au dépistage des maladies infectieuses et non-transmissibles et la participation à la coordination des soins. Ils peuvent accompagner les patients en téléconsultation à l'officine dans les territoires ruraux. Après deux années d'expérimentation, la vaccination antigrippale à l'officine a été généralisée pour les patients adultes, sous certaines conditions. Enfin la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé¹¹⁹ a encore étendu leurs compétences, dont dans le champ de la prévention la, réalisation de vaccins à prescription médicale obligatoire (y compris le suivi vaccinal).

Ces conventions avec les professionnels restent néanmoins à préciser et à approfondir. Dans certaines ARS (Centre-Val de Loire, Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France, Pays de la Loire), celles conclues à l'appui de ces actions ne permettent pas toujours de distinguer le rôle respectif des intervenants et en particulier l'apport et la plus-value des professionnels de santé, *via* les maisons de santé pluri-professionnelles et les contrats locaux de santé. Les ARS devraient améliorer l'efficacité de ces outils en renforçant leur contenu, et en particulier en assurant le positionnement des professionnels de santé des CPTS sur les sujets en rapport avec leur mission, et sur lesquels ils ont une réelle valeur ajoutée : prévention des pratiques addictives (réduction du tabagisme, consommations excessive d'alcool, addictions pendant la grossesse) ; prévention des AVC ; promotion et participation aux dépistages organisés des cancers (sein, col de l'utérus, colorectal).

¹¹⁸ Décret n° 2018-841 du 3 octobre 2018 relatif aux conseils et prestations pouvant être proposés par les pharmaciens d'officine dans le but de favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes.

¹¹⁹ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

L'article 51 de la LFSS pour 2018¹²⁰ permet de déroger à titre expérimental à des règles de tarification (interdiction du partage d'honoraires par exemple), des règles de facturation ou d'intégrer dans la prise en charge des soins qui ne sont pas dans le « panier » de droit commun. Ces expérimentations, fondées notamment sur des innovations organisationnelles, peuvent être lancées à l'initiative d'acteurs locaux, ou du ministère de la santé. On recense treize parcours labellisés « article 51 », entrant dans le champ de la prévention parmi ces expérimentations et dans le périmètre de l'enquête (hors prévention enfants, psychiatrie, infectieux, dentaire)¹²¹. La plupart se situent en aval du dépistage et ne traitent que de la prévention secondaire et tertiaire. La thématique du diabète est de loin celle qui est la plus mobilisée (prévention du pied diabétique, plaies complexes, surveillance cardiaque, etc.). Quelques programmes incluent de la prévention primaire. L'articulation de ces expérimentations avec les programmes nationaux portant sur les mêmes sujets n'apparaît pas de manière évidente, et en particulier avec le programme Sophia de la Cnam. La multiplication d'acteurs et d'initiative travaillant sur le même sujet peut donner l'impression d'un foisonnement d'initiatives redondantes et peu efficaces.

Parmi ces expérimentations, certaines proposent des modalités forfaitaires de rémunération pertinentes pour promouvoir les pratiques de prévention. Depuis le 1^{er} janvier 2021, treize équipes pluri-professionnelles, exerçant obligatoirement dans une structure collective de soins (MSP ou centre de santé), peuvent opter pour une rémunération forfaitaire prospective Peps (paiement en équipe de professionnels de santé en ville), pour tout ou partie (patients diabétiques, patients de plus 65 ans) de leur patientèle. Cette expérimentation prendra fin cinq ans après le début de l'expérimentation, soit en 2026.

La combinaison de ces exercices collectifs, forfaitisés et ciblées sur les populations les plus précaires, constitue une modalité intéressante de mise en œuvre d'un universalisme proportionné.

B - Des services de santé au travail encore peu ouverts à des missions de prévention plus larges

Aux termes de l'article L. 4622-3 du code du travail, le rôle du médecin du travail « *consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant leurs conditions d'hygiène au travail, les risques de contagion et leur état de santé* ». Son positionnement, comme celui des autres professionnels des services de santé au travail, présente de nombreux avantages du point de vue de la prévention à la fois individuelle et collective.

¹²⁰ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

¹²¹ Les expérimentations indiquées sur le site du ministère et entrant dans le champ de la prévention des grades maladies chroniques sont les suivantes : GPSO (secondaire), Eva Corse (secondaire), Ava (secondaire), FNMF pré-diabète (primaire et secondaire), Pascia mans (primaire), Primordial (primaire), Diab e-care (secondaire), As du cœur (secondaire), SSL (secondaire), Pramilap (inégalités de santé), Géocoplaies (secondaires), Domoplaies, Santé migrants.

La visite d'information et de prévention (VIP)¹²² doit permettre aux 25,5 millions de salariés en France (84 % des actifs) d'être vus par un médecin du travail¹²³ tous les cinq ans maximum¹²⁴, même en l'absence de symptômes, à l'inverse de ce qui motive les consultations en ville. Les patients asymptomatiques sont précisément la cible de la prévention primaire et cette visite représente une opportunité supplémentaire de faire un bilan des habitudes de vie et de dépister des pathologies sous-jacentes. Ces dernières touchent souvent en effet les hommes entre 30 et 65 ans, population éloignée de tout suivi médical régulier en ville. Cette tranche d'âge est celle où les facteurs de risques doivent être repérés et combattus et où les dépistages précoces doivent être réalisés pour garantir une prévention primaire pleinement efficace.

Un rapport de l'Académie de médecine a souligné l'importance du médecin du travail dans la lutte contre les facteurs de risques des salariés (tabac, alcool, drogues¹²⁵) et les conduites addictives en milieu professionnel¹²⁶. À partir des données publiées par le baromètre santé de l'INVS (intégré depuis à Santé Publique France lors de sa création) de 2014, ce rapport pointe particulièrement trois secteurs professionnels où les conduites addictives (alcool, tabac, drogues) sont particulièrement prégnantes : celui du bâtiment et des travaux publics, celui de l'hôtellerie-restauration et celui des arts et spectacles, et singulièrement s'agissant des salariés masculins. Dans le secteur du bâtiment et des travaux publics, 45,3 % des salariés sont des fumeurs quotidiens, 37,2 % déclaraient au moins une ivresse annuelle et 35,5 % une alcoolisation ponctuelle intensive dans le mois. Dans le secteur de la restauration-hôtellerie, 39,7 % hommes déclaraient une alcoolisation ponctuelle intensive (API) dans le mois, 36,7 % une ivresse au moins une fois dans l'année, et 42,8 % d'entre eux fumaient quotidiennement. Enfin dans celui des arts et des spectacles, 44,8 % avaient connu une ivresse annuelle, 40,4 % étaient des fumeurs quotidiens et 32,5 % avaient une API dans le mois. Selon des données de l'assurance maladie de 2015, la consommation d'alcool serait responsable de 10 à 20 % des accidents du travail chaque année (plus de 700 000 par an)¹²⁷ et causerait 40 % à 45 % des accidents mortels, sans compter les décès intervenus sur le trajet domicile-travail.. L'article L. 4622-2 du code du travail dispose certes que les services de santé au travail conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants afin « *de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail* ». Cette rédaction reste restrictive dans les facteurs de risques ou les addictions envisagés en ne mentionnant pas le tabac ou encore l'obésité notamment. La Cour avait recommandé que la loi interdise la consommation de certains produits alcoolisés

¹²² Article L. 4624-1 du code du travail.

¹²³ Ou, sous son autorité, par un collaborateur médecin, un interne ou un infirmier en médecine du travail.

¹²⁴ Cette fréquence était théoriquement tous les deux ans avant la loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels. Les salariés « *affectés à un poste présentant des risques particuliers* » bénéficient d'un suivi individuel renforcé qui comprend, à la place de la VIP, un examen médical d'aptitude avant leur embauche et au moins une fois tous les quatre ans (art. L. 4624-2 du code du travail).

¹²⁵ Ce dernier facteur hors champ de notre enquête n'est pas mentionné dans les lignes qui suivent.

¹²⁶ Académie nationale de médecine, « *Addictions en milieu professionnel* », rapport 17-06 de Jean-Pierre Goullé, Françoise Morel, Paris, octobre 2017.

¹²⁷ La direction générale du travail interroge la fiabilité de ce chiffre et appelle à ce que des études actualisées permettent de quantifier de façon fiable cette donnée.

aujourd'hui autorisés, sur le lieu de travail¹²⁸, comme c'est le cas pour le tabac, mais cette recommandation n'a pas été mise en œuvre.

L'approche par profession constitue ainsi un moyen de cibler les interventions de prévention et de promotion de la santé. La Mildeca propose depuis octobre 2021 les dispositifs « ESPER » (*Les entreprises et les services publics s'engagent résolument*). Facultatifs et initiés sur la base du volontariat, ces outils sont mis à disposition des employeurs pour appuyer leurs démarches et la Mildeca assure l'animation de ce réseau.

Le plan national santé au travail (2016-2020) se fixait déjà comme objectifs de « *favoriser la collaboration entre autorités en charge de la santé au travail et de la santé publique sur les territoires* » (action 2.9), d'« *élaborer des solutions permettant le maintien en emploi des travailleurs atteints de maladies chroniques évolutives* » (action 2.7), de « *prévenir les pratiques addictives en milieu professionnel* » (action 2.11). Une autre évolution des missions s'est faite jour à l'occasion de la pandémie de 2019 : le médecin du travail s'est vu reconnaître à cette occasion un rôle dans la vaccination contre le virus du SraS-CoV-2¹²⁹. La loi du 2 août 2021¹³⁰ permet au-delà des dispositions déjà existantes concernant la prévention de la désinsertion professionnelle¹³¹, d'élargir à la vaccination et aux dépistages, y compris au-delà des seuls risques professionnels, ses missions. Ces évolutions s'inscrivent dans le prolongement des propositions faites dans un rapport au Premier ministre¹³².

Alors qu'elle représente une dépense annuelle de 1,7 Md€ et 30 % des dépenses dites institutionnelles de prévention, la médecine du travail s'ouvre donc à peine à une mission de prévention plus globale et systématique. La loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, amorce une évolution limitée dans cette direction. Outre les aspects relatifs à la vaccination, l'accès des médecins du travail à l'espace numérique en santé et au dossier médical partagé, avec le consentement du patient, sera ainsi possible partiellement sur un volet santé au travail à partir de 2024 et sous certaines conditions. La promotion collective de la santé au sein de l'entreprise et la prévention de la désinsertion professionnelle vont être encouragées.

¹²⁸ Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool, Rapport public thématique, Évaluation de politique publique, Cour des comptes, juin 2016, disponible sur www.ccomptes.fr : « *Supprimer, en recourant à la loi, pour le vin, la bière, le cidre et le poiré l'autorisation d'introduction et de consommation sur le lieu de travail actuellement prévue par le code du travail et renvoyer aux règlements intérieurs des entreprises les conditions de mise en œuvre et les dérogations applicables* ».

¹²⁹ Ordonnance n° 2020-1502 du 2 décembre 2020 et ordonnance n° 2021-135 du 10 février 2021 et recommandations du 2 février 2021 de la Haute autorité de santé.

¹³⁰ Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail.

¹³¹ Par exemple, la prévention des maladies neuro-cardio-vasculaires est envisagée si elle est la conséquence d'un stress au travail (mesure 2.12 du plan).

¹³² « *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* ». Rapport à la demande du Premier ministre de Mme Charlotte Lecoq, députée, Monsieur Bruno Dupuis, Monsieur Henri Forest, avec l'appui de M. Hervé Lanouzière, août 2018. Extraits : « *Le rapport Igas de janvier 2018 sur l'attractivité de la médecine du travail regrette pour sa part que la médecine du travail ne soit pas le « vigile avancé de la santé publique » qu'elle devrait être, ce qu'elle juge « contraire même à l'esprit de développement de la prévention primaire que l'unanimité de la représentation nationale aimerait précisément développer. (...) Les auteurs estiment que le médecin du travail devrait être considéré comme l'un des acteurs du parcours de soin, car rendant possible le maintien en emploi, lui-même partie intégrante du soin* » (...) « *De même la situation professionnelle des salariés porteurs de maladies chroniques évolutives, en cours de traitement ou guéris d'un cancer, mobilise nécessairement des compétences coordonnées dans et hors le champ du travail et nécessite une réflexion et des dispositions qui s'affranchissent de la césure entre santé en et hors travail* ».

L'accès des médecins du travail à l'espace numérique en santé et au dossier médical partagé, avec le consentement du patient, contribuera à un meilleur ciblage des actions de prévention de l'assurance maladie, et à l'efficacité des dépenses publiques.

Les réflexions du panel citoyen sur les synergies entre la santé au travail et la prévention des maladies chroniques

Plusieurs interventions, lors du panel citoyen organisé à l'occasion de cette enquête, ont souligné le potentiel des interactions entre prévention et santé au travail, et l'intérêt de développer une offre de prévention sur le lieu de travail. Elles proposent que Pôle emploi assure un rôle en matière de médecine du travail auprès des chômeurs, qui sont plus affectés par les facteurs de risques et ces pathologies que la population générale. Une offre de prévention des maladies chroniques devrait être un des axes de la responsabilité sociale et environnementale des employeurs. À l'instar des mécanismes existants dans le champ de l'employabilité des salariés handicapés, certains ont proposé des mécanismes de bonus/malus pour aider les entreprises offrant des prestations de prévention (prestations spécifiques dans les contrats de groupe des complémentaires santé, aide à l'activité sportive, consultation et bilan de santé, aménagement d'horaires ou congés pour réaliser cette consultation, etc.) et à l'inverse sanctionner celles qui seraient inactives.

L'intérêt de mettre en œuvre les moyens de prévention permettant d'éviter de prononcer des inaptitudes et de lutter contre l'absentéisme, sont autant d'arguments pour que les services de santé du travail puissent, sans préjudice de leurs missions premières et principales, participer à la lutte contre les facteurs de risque des pathologies chroniques.

C - Une articulation entre équipes de soins primaires et établissements de santé à consolider

La prévention est au cœur de la mission des acteurs des soins primaires. Elle n'est pas pour autant absente du rôle des établissements de santé en matière de prévention, bien que leur mission principale reste la prise en charge de patients diagnostiqués pour une pathologie de degré modéré ou sévère, ou induisant une certaine complexité et pluridisciplinarité dans le suivi¹³³. Les établissements exercent ainsi des actions de prévention secondaire et tertiaire, en particulier dans le champ de la cancérologie.

Elle trouve à s'exercer dans trois grands cas de figure principalement : premièrement lorsque les établissements exercent une mission de soins primaires à titre dérogatoire ou en substitution à des acteurs de soins primaires absents, deuxièmement à l'occasion d'un séjour et plus encore d'un acte ou d'une consultation externe spécialisée (dépistage, vaccination) et enfin dans les activités d'appui, de référence, de recherche et de formation en matière de santé publique, en direction des équipes de soins primaires sur le terrain.

¹³³ Article L. 6111 du CSP : « les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés assurent, dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé ».

Les établissements de santé peuvent être amenés à exercer une mission de soins primaires à titre dérogatoire et en substitution à des acteurs de soins primaires, et ainsi assumer la mission de prévention qui s'y rattache ; ainsi, les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) sont investies d'une mission de prévention et d'éducation à la santé en direction des personnes placées sous-main de justice, conformément aux dispositions de l'article R. 6111-27 du CSP¹³⁴. Les établissements de santé peuvent également se substituer à l'absence quasiment complète de professionnels de santé de ville dans certains territoires, et donc assurer à ce titre des missions de prévention : ainsi le CH de Cayenne gère 18 centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) sur l'ensemble du département, duquel la médecine de ville est quasiment absente. Par ailleurs, les patients précaires font l'objet de programmes spécifiques (Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins – Praps) qui incluent des interventions de prévention en établissement et qui existent depuis plusieurs années. En dehors de ces situations spécifiques à des populations ou à des territoires, l'article L. 6323-1-3 du CSP autorise les établissements de santé à gérer des centres de santé. L'absence de modèle de financement pour ces structures est néanmoins une limite importante à la mise en œuvre de cette possibilité. Enfin, les activités de passages aux urgences suppléent souvent les dysfonctionnements des soins primaires : de nombreux patients y ont recours, faute de pouvoir accéder à un professionnel de ville. Or, ces passages sont dans la plupart des cas non-suivis d'hospitalisations et pourraient être davantage l'occasion de proposer ou mener une action de prévention (proposition de dépistage, vérification du statut vaccinal, orientation vers un tabacologue, addictologue, etc.), conformément à la doctrine anglaise du *making every contact count* (MECC)¹³⁵.

Les établissements de santé pratiquent également des actes de dépistages ou de vaccinations nécessitant le recours à un plateau technique lourd et à des spécialistes hospitaliers, mais aussi des séjours en matière de sevrage complexe dans le cadre de la lutte contre les addictions. Les établissements de santé pratiquent des vaccinations très spécialisées en infectiologie notamment dans le cadre des consultations voyageurs ou encore au bénéfice de patients immunodéprimés (patients atteints du cancer, ceux atteints de maladies auto-immunes, greffés), pour lesquels la vaccination doit être réalisée par des spécialistes hospitaliers. Dans le champ de la cancérologie, de nombreux examens de dépistages nécessitent des plateaux techniques de biologie ou d'imagerie lourds, présents principalement dans les CHU et centres de lutte contre le cancer (CLCC), ainsi que dans les CH et cliniques ayant une activité significative en oncologie). Des investigations nécessitant une anesthésie comme les endoscopies digestives dans le cadre du dépistage du cancer colorectal, ne peuvent d'ailleurs être réalisées que dans les établissements de santé. Les séjours d'hospitalisation peuvent être aussi l'occasion de dépistage ou de repérage de facteurs de risques. Certains séjours sont par ailleurs dédiés à des sevrages dits complexes notamment en matière d'alcoolisme ou de

¹³⁴ R. 6111-27 du CSP : « Pour l'application des dispositions des 2° à 4° de l'article L. 6111-1-2, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, pour chaque établissement pénitentiaire de la région, l'établissement public de santé situé à proximité, chargé de dispenser aux détenus les soins définis à l'article L. 6111-1, de participer à l'accueil et au traitement des urgences et de concourir aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées en milieu pénitentiaire ».

¹³⁵ « *Making Every Contact Count* (MECC) » est une recommandation officielle du NHS basée sur des données probantes. Il est notamment démontré que chaque contact du patient avec le système de santé (pharmacien, pompiers, médecins, infirmiers, urgences, hospitalisations) doit être l'occasion de faire une intervention de prévention plus ou moins importante (les interventions sont brèves pour les professionnels de premiers niveaux et plus longues pour ceux des niveaux élevés).

drogues. Par ailleurs, des activités d'éducation thérapeutique du patient (ETP) sont souvent dispensées notamment en diabétologie, à la fin des séjours d'hospitalisation.

La prévention du tabagisme chez la femme enceinte : des progrès à réaliser par les services d'obstétrique.

La prise en charge des femmes enceintes par les services d'obstétrique est une opportunité de prévention essentielle pour repérer un éventuel tabagisme, dès le début de la grossesse. Une femme enceinte a au moins dix contacts avec des professionnels de santé pendant sa grossesse. La dernière enquête nationale périnatale de 2016 indiquait que si 80 % des femmes enceintes rapportaient avoir été interrogées sur leur consommation de tabac par un professionnel de santé pendant leur grossesse, seules 46 % ayant fumé pendant leur grossesse déclaraient avoir reçu des conseils sur l'arrêt du tabac.

Enfin, les établissements de santé ont surtout un rôle de référence¹³⁶, de formation et de recherche en matière de prévention. Ils sont en appui des équipes de soins primaires sur les territoires, à qui incombent la prévention à titre principal. Les activités de recherche manquent cependant d'une stratégie nationale lisible et de moyens adaptés, comme d'une absence de structuration des données épidémiologiques et de leur recueil (cf. *infra*). L'activité de formation initiale et continue des médecins reste très insuffisante : seules 15 heures de formation sont généralement dispensées aux étudiants de première année, et dix heures à ceux de cinquième année, même si la réforme en cours du deuxième cycle des études¹³⁷ tient mieux compte de la prévention. Il en est de même sur les professions paramédicales, alors même qu'elles ont beaucoup plus de contacts avec le patient. Il existe peu de données sur le développement professionnel continu (DPC) des professionnels médecins ou paramédicaux en exercice en matière de prévention.

¹³⁶ Ce rôle de recherche, d'appui méthodologique et d'innovation commence à se structurer pour irriguer les pratiques et l'organisation des soins, en appui des équipes de soins primaires : ainsi, le CHU de Bordeaux dispose depuis 2018 d'un service du soutien méthodologique et de l'innovation en prévention, celui de Saint-Etienne d'une direction de la prévention centrée sur la notion de responsabilité populationnelle créée en 2020, l'institut de cancérologie de Montpellier a créé en 1988 le département de prévention « Epidaure », qui travaille en lien notamment avec l'éducation nationale dans le cadre de la prévention du cancer et des facteurs de risque associés.

¹³⁷ La loi du 24 juillet 2019 prévoit une réforme du deuxième cycle des études de médecine (examens, contenus des enseignements, stages) qui se met en place progressivement à partir de 2020. La prévention devrait y être mieux enseignée à partir de mises en situation.

Le service sanitaire : une mesure récente en cours d'évaluation

Quoique que peu formés à la prévention, les étudiants de médecine et ceux des formations paramédicales sont tenus de participer néanmoins au service sanitaire mis en place en septembre 2018, dont un des objectifs recouvre la prévention primaire et la promotion de la santé, dans une approche interprofessionnelle. Les thématiques abordées sont l'alimentation, l'activité physique, la santé sexuelle, la lutte contre les addictions, et depuis la fin 2020 la prévention de la transmission infectieuse et de la résistance aux antibiotiques. Les populations éligibles sont les étudiants et lycéens (dans une logique de prévention par les pairs), mais aussi des populations clés comme les personnes vivant en Ehpad, les détenus, ou encore les consultants de la protection maternelle et infantile avec de programmes adaptés en conséquence. Ce programme, qui a inclus 40 000 étudiants qui ont été formés et déployés dans des structures d'accueil pour intervenir auprès de ces publics cibles. Il est en cours d'évaluation par le HCSP.

Dans l'estimation réalisée par la Drees en 2016, la part des établissements de santé dans les dépenses de prévention reste modeste et représentait environ 0,5 Md€, soit 5 % des dépenses de prévention et 0,6 % des dépenses des établissements de santé. Ce chiffre comprenait essentiellement les séjours pour sevrage complexe, et en particulier les sevrages alcooliques pour 24 %, les séjours de recherche d'antécédents familiaux ou personnels autour de tumeurs (13 %) ou d'autres pathologies (11 %), la surveillance et les conseils diététiques (10 %). Il ne comprenait pas en revanche les activités de consultations externes des établissements de santé, dont le rôle en matière de dépistage peut être important, et se limitait aux activités de médecine chirurgie obstétrique des établissements de santé.

La prévention dans les établissements de santé s'exerce principalement dans leurs missions de soins primaires et à partir du plateau de consultations externes dans le cadre de vaccinations et de dépistages très spécialisés. Le modèle de financement de la prévention dans établissements de santé est insuffisamment défini et connaît différentes modalités (dotations pour mission d'intérêt général, actes externes inscrits à la CCAM et NGAP, et plus rarement le tarif de certains séjours). Ces financements restent disparates, précaires, éclatés et souvent insuffisants.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le renouvellement du cadre de la stratégie nationale de santé initié en 2016 a constitué un progrès dans la définition des objectifs de santé publique en matière de prévention. Leur déclinaison au niveau territorial en revanche connaît de nombreuses limites, qu'une animation départementale des acteurs de terrains en matière de prévention, nourrie par des données épidémiologiques elles-mêmes territorialisées, pourrait aider à lever.

- 3. Fixer à l'ensemble des plans de prévention des objectifs communs, pluriannuels et assortis d'un suivi de leur mise en œuvre à travers des indicateurs pertinents ; répartir clairement les responsabilités entre le niveau national et le niveau régional tant pour l'État que pour l'assurance-maladie (MSS).*
- 4. Mettre en place une conférence départementale des politiques de prévention réunissant sous l'égide de l'ARS, la Cnam, l'inspection d'académie, les collectivités territoriales, les professionnels et établissements de santé, la médecine du travail et les associations concernées, afin de partager des constats épidémiologiques locaux et de coordonner la mise en œuvre des actions de prévention (MSS, Cnam, SGMAS).*

L'inclusion dans les programmes de prévention souffre d'un déploiement beaucoup faible, et doit réfléchir aux voies et moyens d'un changement d'échelle dans la participation de la population à ces différents programmes (vaccination, dépistage, prévention tertiaire). Cela passe notamment par une réorganisation profonde des dépistages organisés, en clarifiant le pilotage médical et financier de ce dispositif et en l'articulant avec la médecine de ville.

- 5. Améliorer le taux de participation aux dépistages organisés (cancer colorectal, cancer du sein, cancer du col de l'utérus), notamment en confiant à la Cnam le déploiement organisationnel et le financement du dépistage et à l'Inca le pilotage des centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (MSS, Cnam, Inca).*

Ce changement d'échelle ne pourra s'opérer que par un positionnement plus affirmé de la médecine de ville et des personnels paramédicaux, sur les enjeux de prévention de la population dont ils ont la charge. Les modalités de rémunération doivent donc évoluer dans un sens plus favorable à la prévention et au travail en équipe pluridisciplinaire et pluri-professionnelle. Les transferts de compétences (coopération professionnelles, pratiques avancées, délégations de tâches) en direction des professionnels non médicaux doivent être amplifiés, afin de conférer précisément l'échelle de déploiement qui manque aujourd'hui à la politique de prévention. Les médecins seront ainsi recentrés sur les interventions à forte valeur ajoutée médicale

- 6. Accroître la part de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) dans la rémunération des médecins et augmenter en son sein la pondération des indicateurs de prévention ; développer rapidement, en cas d'évaluation favorable de l'expérimentation en cours, une rémunération forfaitaire sur le modèle des expérimentations des paiements en équipe de professionnels de santé (Peps) (MSS, Cnam).*

À ce titre la médecine du travail peut constituer un levier puissant pour permettre à des populations éloignées du système de santé ou socialement défavorisées de pouvoir être réorientée vers des programmes de prévention, singulièrement dans le champ des addictions.

- 7. Élargir les missions des services de santé au travail au repérage précoce des facteurs de risque et à la lutte contre les addictions (MSS, DGT).*

Chapitre III

Amplifier la politique de prévention et accélérer sa mise en œuvre

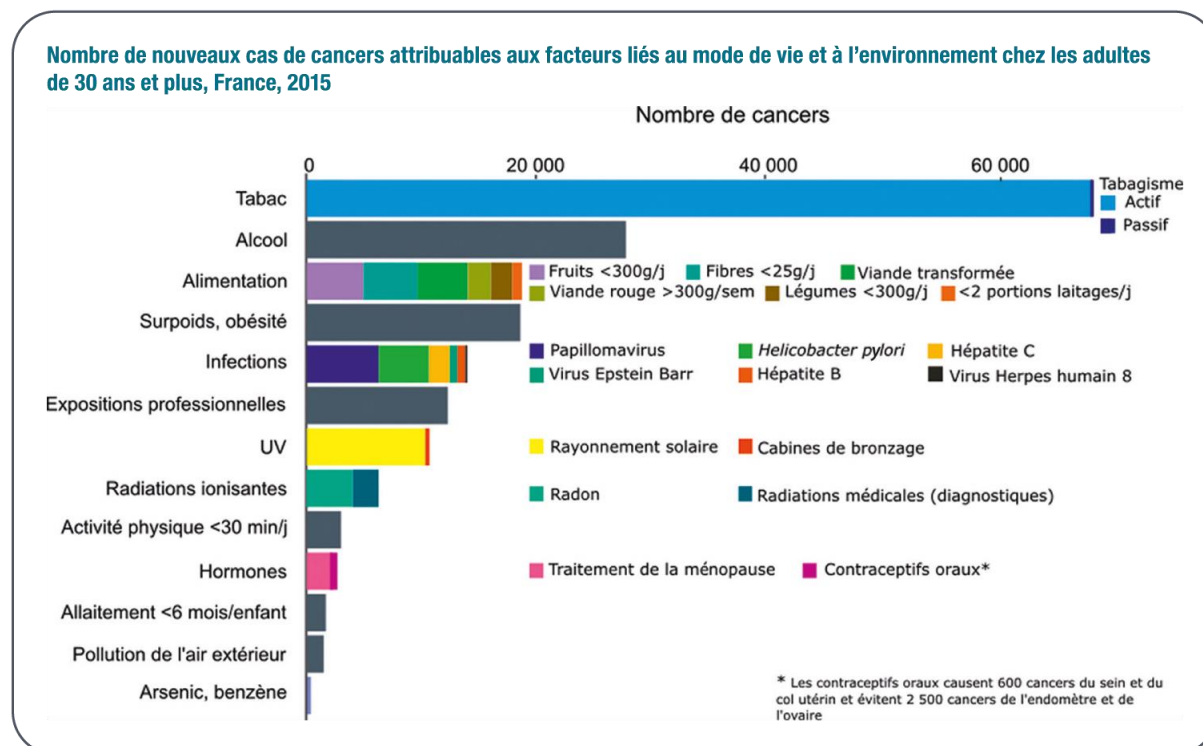
Pour permettre le changement d'échelle nécessaire au renforcement de l'impact de la prévention en France, la Cour propose de retenir quatre orientations prioritaires : renforcer l'efficacité de la politique de prévention et sa déclinaison opérationnelle, lutter résolument contre les facteurs de risque, transformer les approches de prévention dans les pratiques professionnelles, utiliser pleinement les potentialités du numérique en prévention.

I - Agir sur les facteurs de risques

Santé publique France a, dans une étude publiée en 2018¹³⁸, étudié 13 facteurs de risques dans le but de mesurer la part qui leur revient dans la survenue des cancers. Elle a établi que 41 % des nouveaux cas de cancers étaient attribuables à des causes évitables liées à des comportements ou des modes de vies modifiables, et donc susceptibles d'actions de prévention.

¹³⁸ Santé publique France, BEH n° 21, « Nombre et fractions de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015 : résultats principaux », 26 juin 2018.

Graphique n° 2 : poids des facteurs de risques à l'origine des cas de cancers évitables



Source : Santé publique France – Institut national du cancer

Depuis 2011, la Cour des comptes a émis un certain nombre de recommandations sur les trois principaux facteurs de risques (tabac, alcool, obésité). C'est pourquoi, la lutte contre les facteurs de risque doit être à la fois relancée et amplifiée.

A - Redéfinir les objectifs de la lutte contre le tabagisme et accélérer leur mise en œuvre

Les mesures récentes prises pour réduire la consommation ont eu un impact positif, mais le tabagisme quotidien reste très élevé en France, rendant nécessaire un renforcement des actions.

1 - Un tabagisme reste parmi les plus élevés des pays de l'OCDE malgré une amélioration récente

Selon les données de l'OCDE¹³⁹, 25,4 % des adultes fumaient quotidiennement en France en 2017, contre 28,5 % en 2014 et une moyenne de 18 % pour les 36 pays de l'OCDE concernés par cet indicateur. La France est le 6^{ème} pays où la consommation tabagique des adultes est la plus importante, derrière l'Indonésie, la Russie, la Grèce, la Turquie et la Hongrie. Elle est très loin devant celle du Royaume-Uni (17,2 %), de la Suède (10,4 %) ou du Costa-Rica (4 %).

¹³⁹ OCDE, *Health at a glance*, 2019.

S'agissant de la prévention du tabac chez la femme enceinte, la France est la dernière de l'Union Européenne selon l'enquête Euro-Peristat¹⁴⁰. Cette situation défavorable et très ancienne explique l'incidence du cancer du poumon en France aujourd'hui, conséquence du tabagisme d'il y a vingt ans. Selon une étude de 2015, près de 78 000 morts¹⁴¹ (cancers, maladies cardiovasculaires, AVC) sont attribués au tabagisme en France.

Même si le nombre de fumeurs a fortement reculé, de près 1,6 million de personnes entre 2016 et 2018, à la suite du plan de lutte contre le tabagisme élaboré dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé (paquet neutre, hausse de la fiscalité, etc.), cette amélioration pourrait s'interrompre, en raison notamment des confinements successifs et de leur impact sur les habitudes tabagiques des Français¹⁴².

Comme indiqué plus haut, cette baisse sur une période d'une vingtaine d'années a surtout concerné quasi exclusivement les fumeurs quotidiens des catégories socio-professionnelles favorisées et aucune amélioration significative n'a été observée dans les catégories les plus défavorisées, cette asymétrie dans l'amélioration globale aggravant le gradient social associé au tabagisme.

L'universalisme proportionné¹⁴³ est une approche combinée, visant à offrir des actions de prévention améliorant la santé et le bien-être de toutes les catégories sociales, tout en modulant leur intensité ou en adaptant certaines prestations spécifiques à celles défavorisées, afin de réduire le gradient social. Par exemple, dans le cas d'un programme de dépistage, si une information suffit à améliorer la participation des catégories les plus favorisées, une prise en charge à 100 % peut s'avérer nécessaire pour obtenir un résultat équivalent chez celles aux revenus intermédiaires, de même, pour les personnes les plus défavorisées que le déploiement de moyens de dépistage (camions de dépistage par exemple) au plus près de leurs lieux de vies, avec des personnels pour les convaincre.

Une stratégie d'universalisme proportionné (cf. *supra*.) appliquée à ce constat de fortes inégalités sociales en matière de consommation de tabac, consisterait à se donner comme objectif de faire baisser globalement le nombre de fumeurs quotidiens dans toute la population (objectif universel) mais surtout de supprimer le gradient social (objectif proportionné), en mettant en œuvre des actions plus importantes quantitativement, et plus adaptées qualitativement dans les segments de la population défavorisés, pour lesquels l'écart à l'objectif « universel » est le plus grand. La politique de prévention gagnerait ainsi en efficience, en se concentrant sur les écarts à la cible les plus importants.

Si la France se fixait comme objectif de faire baisser le taux de fumeurs quotidiens au niveau de la Suède, cet objectif de 10 % pour toutes les strates de revenus de la population

¹⁴⁰ Projet européen qui rassemble des statistiques de 31 pays et nations sur la santé périnatale depuis 2000, et piloté par la France (Inserm).

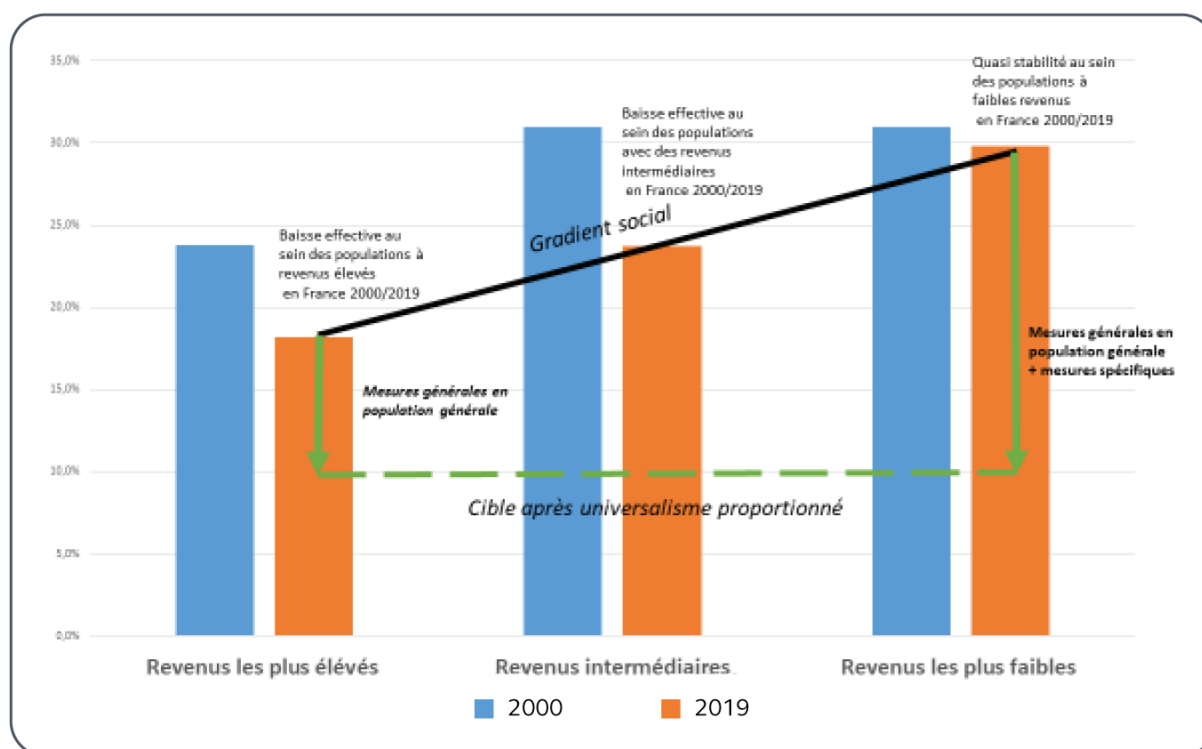
¹⁴¹ « Trends in tobacco-attributable mortality in France », *European Journal of Public Health*, vol. 25, n° 5, 2015.

¹⁴² Enquête Ipsos pour SPF, Mildeca, OFDT, 19 novembre 2020 et enquête BVA pour la Mildeca : « (...) 35 % des fumeurs ont augmenté leur consommation de tabac (...). Près d'un sondé sur cinq a aussi déclaré consommer plus d'alcool (...) ».

¹⁴³ Sir Michael Marmot-rapport au ministre de la santé britannique (2010), « Fair Society, Healthy Lives: A Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010 » : « Viser exclusivement les plus défavorisés ne réduira pas suffisamment les inégalités de santé. Pour aplanir la pente du gradient social, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale. C'est ce que nous appelons l'universalisme proportionné ».

française ne pourrait être atteint qu'en concentrant les efforts et les moyens sur celles les plus éloignées de cet objectif, notamment par des moyens spécifiques.

Graphique n° 3 : gradient social de la consommation de tabac chez les adultes et objectif d'universalisme proportionné



Source : Cour des comptes, données Santé publique France Observatoire des inégalités

Les recommandations formulées en 2012, puis en 2016 par la Cour des comptes¹⁴⁴, ont été mises en œuvre à partir de 2016. La France a été le deuxième pays après l'Australie à avoir mis en place le paquet neutre dans le monde, et le premier en Europe. Dès la première année, son impact a été évalué positivement par Santé publique France¹⁴⁵, la mesure ayant contribué à « débanaliser » la consommation de tabac.

Un plan national de lutte contre le tabagisme (2018-2022), s'appuyant sur le fonds de lutte contre le tabac, puis de lutte contre les addictions de 130 M€ en 2020, a été élaboré. Il a fixé quatre objectifs principaux : éviter l'entrée dans le tabac, encourager et accompagner les fumeurs pour aller vers le sevrage, agir sur l'économie du tabac pour protéger la santé, et enfin surveiller, évaluer, chercher et diffuser les connaissances relatives au tabac.

¹⁴⁴ Cour des comptes, Rapport d'évaluation pour le comité d'évaluation et de contrôle de l'Assemblée Nationale, « Les politiques de lutte contre le tabagisme », décembre 2012 ; Ralfs 2016, « La lutte contre le tabagisme : une politique à consolider », octobre 2016, disponibles sur www.ccomptes.fr.

¹⁴⁵ Santé publique France, « Perception du paquet de cigarettes avant et après la mise en place du paquet neutre » ; janvier 2019.

Toutefois, au-delà de ces objectifs, des actions plus spécifiques en direction des jeunes et des personnes socialement défavorisées doivent être encore plus affirmées qu'elles ne le sont déjà.

2 - Une action sur les prix qui manque partiellement sa cible, en particulier sur le tabac à rouler

En France, la fiscalité du tabac est particulièrement complexe. Elle comprend principalement, en plus de la TVA, une accise comportant une part proportionnelle et une part fixe. Un mécanisme de fiscalité minimale la complète. Ce dispositif n'est cependant pas uniforme entre les différentes catégories de tabac (cigarettes, cigares et cigarillos, tabacs à rouler, autres tabacs à fumer, tabacs à priser et tabacs à mâcher), dont celles qui sont souvent au cœur des nouvelles stratégies de marketing des cigarettiers.

L'augmentation des prix du tabac au moyen d'une hausse des taxes a démontré son efficacité. Cette action est donc promue par l'OMS depuis 2005¹⁴⁶ et confortée par des travaux de la Banque mondiale¹⁴⁷. Le prix du paquet de cigarette a ainsi progressé en moyenne en France d'un euro chaque année entre novembre 2017 et novembre 2020 pour atteindre 10,19 € en juillet 2021. Les hypothèses d'élasticité envisagées lors du PLFSS 2018 fixés à - 0,75 ont été vérifiées sur la période pour les ventes légales des paquets de cigarettes. En revanche, l'effet prix sur le tabac à rouler est très insuffisant (- 0,2 contre 0,75 prévu) et un effet de report vers ce type de tabac peut être observé¹⁴⁸, pouvant expliquer l'absence de baisse de fumeurs dans les catégories de la population les plus défavorisées. Le Gouvernement n'a cependant pas prévu de nouvelle hausse de fiscalité sur les produits du tabac d'ici la fin de l'année 2022¹⁴⁹.

¹⁴⁶ Convention cadre pour la lutte anti-tabac (Cclat). L'OMS a mis en place ce traité à l'issue d'un consensus international et en se fondant sur les données probantes. À ce jour, il a été signé et ratifié par 180 pays, dont la France en 2005.

¹⁴⁷ Rapport Charges et produits pour 2017, page 53 : « Ainsi, la Banque Mondiale estime qu'en moyenne, dans les pays développés, une augmentation de 10 % du prix du tabac induit une baisse de la prévalence de 4 % » ; Banque mondiale, « The Economic Impact of Smoking and of Reducing Smoking Prevalence : Review of evidence », Tobacco Use Insight », 2015.

¹⁴⁸ Commission des comptes de la sécurité sociale, Les comptes de la sécurité sociale 2020 : « Les mêmes effets ont pu être constatés pour les catégories fiscales du tabac à rouler et des cigares et cigarillos : la hausse de la fiscalité applicable a été répercutée sur les prix dans des proportions légèrement inférieures aux prévisions. En outre, contrairement aux cigarettes, le lien entre hausse de prix et baisse de consommation a été moindre qu'anticipé (élasticité constatée entre mars et décembre 2018 de -0,25 pour le tabac rouler et de -0,2 pour les cigares et cigarillos au lieu de -0,75 prévue en LFSS). Aussi, encore plus que pour les cigarettes, les baisses de volumes de ces produits ont été moindres qu'attendu, ce qui résulte vraisemblablement d'un déport de consommation de la cigarette vers ces catégories globalement meilleur marché ».

¹⁴⁹ « Il n'y aura pas de hausse de fiscalité sur le tabac en 2021 », a assuré le ministre délégué des Comptes publics Olivier Dussopt sur BFMTV. Entretien du 29 septembre 2020.

Comparaisons internationales

Les prix en Europe en 2021 d'un paquet de 20 cigarettes s'échelonnaient de moins de 5€ le paquet dans les anciens pays de l'Est, en Grèce, au Portugal et en Espagne, à 10,19€ et 13€ respectivement pour la France et l'Irlande. Les autres pays européens se situent dans la moyenne entre 5 et 7,5€ (Allemagne, Italie, Belgique, Finlande). Une approche européenne de la fiscalité du tabac fait à ce jour toujours défaut. Dans son plan pour combattre le cancer l'union Européenne vise une prévalence du tabagisme inférieur à 5 % et une génération sans tabac en 2040. Des « mesures décisives » sont annoncées dans ce plan visant la révision des directives sur les produits du tabac, dont celle portant sur la fiscalité¹⁵⁰. Les prix européens restent très inférieurs à ceux pratiqués par les pays en pointe dans la lutte contre le tabagisme, comme la Nouvelle-Zélande, où le paquet de 20 cigarettes est à 20€, ou encore l'Australie où il a été fixé à 49\$ australiens soit 30€, au terme d'une huitième augmentation annuelle consécutive de 12 % de taxes par le gouvernement fédéral.

Les directions centrales des ministères de l'économie et de la santé travaillent à la révision de la directive 2011/64/UE concernant la structure et les taux des accises applicables aux tabacs manufacturés. La France souhaite défendre une harmonisation par le haut des paramètres fiscaux applicables aux tabacs manufacturés. La révision de cette directive, ainsi que celle de l'article 32 de la directive 288/118/CE sur les achats transfrontaliers de produits du tabac et d'alcool constitueront l'une des priorités de la présidence française de l'Union européenne qui débutera le 1^{er} janvier 2022.

3 - Un accompagnement au sevrage tabagique au début de sa montée en puissance

Ce n'est qu'à partir du 1^{er} janvier 2019 que la prise en charge des traitements nicotiniques de substitution¹⁵¹ (TNS), dont l'efficacité était démontrée depuis 2013, s'est faite dans le cadre du régime de droit commun, en remplacement de la prise en charge forfaitisée décidée en 2016, qui s'est révélée inadaptée et insuffisante. Cette nouvelle modalité de prise en charge a accru les effets en multipliant par cinq le nombre de bénéficiaires, qui sont passés de 220 045 en 2016 à 1 050 876¹⁵² en 2019. Les remboursements ont représenté un coût de plus de 0,06 Md€ pour l'assurance maladie en 2019. La prise en charge à 100 % de ces traitements est un facteur clé de leur déploiement, d'autant plus que la prévalence de la consommation du tabac dans le tiers de la population ayant les plus bas revenus continue d'augmenter de 29,8 % à 33,3 % entre 2019 et 2020. Celle-ci s'applique également aux 4 millions de personnes prises en charge dans le cadre d'une ALD. Elle bénéficie aussi de fait aux 90 % des assurés sociaux cotisants à une complémentaire santé, et donc aux 35 % de fumeurs non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, comme aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Dans l'hypothèse où tous les fumeurs quotidiens passeraient sous traitements substitutifs en une

¹⁵⁰ [A cancer plan for Europe | European Commission \(europa.eu\)](https://ec.europa.eu/health/cancer/cancer_plan_en).

¹⁵¹ L'assurance maladie donne la définition suivante de ces traitements : « Les substituts nicotiniques sont des médicaments à base de nicotine que l'on utilise pour soulager les symptômes liés au manque quand on arrête de fumer. Ils existent sous plusieurs formes : patchs (à diffusion lente) ou formes orales d'action rapide (gommes, pastilles, comprimés à sucer...). Ils contiennent un dosage en nicotine plus ou moins important. »

¹⁵² Cnam, rapport Charges et produits pour 2021, juin 2020.

seule année, le coût serait de l'ordre de 0,7 Md€. L'augmentation des prix du tabac à poursuivre pourrait contribuer à prendre en charge la généralisation de ces traitements¹⁵³.

4 - Une ambition stratégique à concrétiser

À l'occasion de la stratégie décennale contre le cancer, une relance de la lutte contre le tabagisme a été annoncée. Les objectifs restent néanmoins en retrait ou en retard par rapport aux pays les plus en avance. La France vise une génération sans tabac à horizon de 2030 pour les jeunes nés après 2010. La Nouvelle-Zélande, l'Irlande, l'Ecosse, l'Angleterre ont fixé un horizon plus proche, qui se situe entre 2022 et 2025. En Nouvelle-Zélande, la vente sera interdite prochainement aux personnes nées après 2004, à la suite de l'État du Queensland en Australie qui applique cette mesure pour celles nées après 2001.

Pour atteindre cet objectif d'une génération sans tabac, la France doit surmonter l'insuffisante application de l'interdiction de la vente aux mineurs. Une étude du comité contre le tabagisme a réalisé une enquête qui a montré que 40 % des buralistes n'ont pas de signalétique rappelant cette interdiction pourtant en vigueur depuis 2009, que 80 % d'entre eux n'exigent pas de pièce d'identité, et que 66 % vendent à des mineurs de 17 ans et même 10 % à des mineurs de 12 ans. Le comité national contre le tabac rappelle que « *l'âge d'entrée dans le tabagisme intervient à 13-14 ans. Lorsque trois enfants expérimentent le tabac, deux sur trois au moins seront consommateurs de tabac une partie de leur vie. Chaque année en France, plus de 200 000 jeunes tombent dans le piège de cette drogue au pouvoir addictif majeur* »¹⁵⁴. Le comité national contre le tabac demande la mise en place d'un contrôle systématique des pièces d'identité des contrôles de l'administration effectifs¹⁵⁵ et une échelle des sanctions administratives et pécuniaires plus dissuasive.

La politique de hausse des prix doit se poursuivre résolument. Elle doit d'abord reposer sur une harmonisation européenne en la matière et se poursuivre en ciblant mieux les différentes catégories de tabac (tabac à rouler, à chauffer, etc.) pour lesquelles les hausses de fiscalité antérieures ont eu moins d'effets que sur les ventes de paquets de cigarettes. L'interdiction de vente aux mineurs doit par ailleurs être réellement contrôlée et le non-respect de l'interdiction plus sévèrement sanctionnée.

¹⁵³ La démonstration de l'efficacité des TNS a été apportée en 2013 dans un article intitulé « *Évaluation coût-efficacité de la prise en charge à 100% du sevrage tabagique par l'assurance maladie* » (Santé publique France, BEH n°20-21). Sur la base de ces travaux, une recommandation de la HAS a été publiée en 2014 et plus d'une centaine de TNS sont aujourd'hui pris en charge par la Cnam. La baisse de 1,6 million du nombre de fumeurs quotidiens observée découle en grande partie de la diffusion de ces traitements et de leur prise en charge, comme le relève le rapport Charges et produits pour 2021 de la Cnam : « *La littérature scientifique a montré l'efficacité des traitements nicotiniques de substitution (TNS) pour aider les fumeurs à arrêter le tabac : ils augmentent de plus de moitié les chances de sevrage tabagique à 6 mois ou plus. C'est pourquoi ils constituent le traitement médicamenteux de première intention dans le sevrage tabagique* ».

¹⁵⁴ Comité national contre le tabac « *L'interdiction de vente de tabac aux mineurs : une mesure inappliquée* » 3 octobre 2019.

¹⁵⁵ Entre autres, le champ des personnels habilités à exercer ce contrôle pourrait ainsi être utilement élargi aux agents des douanes et des droits indirects, afin d'accroître la capacité de contrôle.

B - Renforcer l'engagement en matière de lutte contre les consommations nocives d'alcool

La consommation excessive d'alcool en France ne parvient pas à baisser, alors qu'elle est notamment responsable d'un grand nombre de cancers. Par rapport au tabac, les mesures de lutte s'avèrent très en retrait, faute d'une véritable volonté politique.

1 - Une situation française défavorable

La situation de la France fait apparaître des résultats très inégaux et globalement insuffisants en matière de lutte contre les consommations nocives d'alcool, au regard des données et évaluations disponibles et des comparaisons internationales. En effet, notre pays se situe dans le groupe de tête au sein des états membres de l'OCDE pour la consommation annuelle moyenne par habitant, consommation qui progresse par ailleurs de manière inquiétante chez les jeunes et les femmes. Les dommages sanitaires et sociaux qui en résultent sont particulièrement préoccupants. La place très particulière qu'occupe l'alcool en France dans son histoire, sa culture, son économie et sa vie sociale explique une certaine banalisation de la consommation de boissons alcoolisées, dont les effets négatifs sont largement sous-estimés.

De plus, les autorités sanitaires doivent faire face aux oppositions d'acteurs économiques fortement organisés dans le secteur de la production et de la distribution des boissons alcoolisées.

L'action publique peine dans ce contexte à modifier les comportements et n'utilise pas assez efficacement les leviers qui ont démontré leur utilité dans d'autres pays, qu'il s'agisse des actions de prévention s'appuyant sur des messages ciblés, des incitations fiscales pour réduire les consommations nocives ou des réglementations en matière de publicité ou d'accès au produit. Ainsi l'OMS avait relevé qu'en Lituanie, où le taux d'années de vie perdues à cause de l'alcool était le plus élevé de l'Union européenne en 2010, la mise en œuvre de mesures efficaces, fiscales entre autres, de lutte contre l'alcool, avait permis de réduire ce taux de 20 % en 2016¹⁵⁶. Même en matière de sécurité routière, où des résultats probants de baisse de la mortalité ont été obtenus depuis quarante ans, la conduite en état d'alcoolisation n'est pas aujourd'hui réprimée avec la même fermeté que la vitesse excessive, faute d'une chaîne de contrôle-sanction efficace¹⁵⁷.

De même, la détection des consommateurs à risque par le médecin généraliste est insuffisante, malgré son efficacité reconnue par l'OCDE¹⁵⁸.

¹⁵⁶ <https://www.euro.who.int/fr/countries/lithuania/news/news/2021/4/reducing-harm-due-to-alcohol-success-stories-from-3-countries>.

¹⁵⁷ <https://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Note-de-Synthese-Lutter-contre-la-consommation-nocive-d-alcool.pdf> : « Les mesures de lutte contre l'alcoolisme devraient cibler en priorité les gros buveurs, mais rares sont les moyens dont on dispose pour y parvenir et ceux-ci sont relativement coûteux. Les médecins de soins primaires peuvent certainement jouer un rôle important dans la lutte contre la surconsommation... ».

¹⁵⁸ <https://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Note-de-Synthese-Lutter-contre-la-consommation-nocive-d-alcool.pdf> : « Les mesures de lutte contre l'alcoolisme devraient cibler en priorité les gros buveurs, mais rares sont les moyens dont on dispose pour y parvenir et ceux-ci sont relativement coûteux. Les médecins de soins primaires peuvent certainement jouer un rôle important dans la lutte contre la surconsommation... ».

L'OMS Europe avait retenu dans son plan de réduction de l'usage nocif de l'alcool pour 2012-2020 dix domaines privilégiés d'action : la formalisation d'une stratégie nationale engageant les différents acteurs ; les réponses sanitaires adaptées ; la prévention et les interventions sur le lieu de vie ; les politiques de lutte contre l'alcool au volant ; l'accessibilité au produit ; l'encadrement de la publicité et du marketing ; les politiques de prix et de fiscalité ; la réduction des conséquences du mésusage de l'alcool ; la lutte contre la fraude et les produits illicites ; le suivi, le contrôle et l'évaluation.

En mai 2021, l'OCDE a publié de nouvelles données sur l'efficacité de ces cinq politiques de lutte contre la consommation nocive d'alcool : la taxation de l'alcool, la fixation d'un prix plancher par unité d'alcool, le durcissement des règles régissant la conduite sous l'emprise de l'alcool, la délivrance de conseils dans le cadre des soins primaires et le traitement de l'alcoolodépendance¹⁵⁹.

Selon cette étude, les trois politiques les plus efficaces en termes d'amélioration des résultats sanitaires sont : la mise en place de postes de contrôle routier pour lutter contre l'alcool au volant, l'alourdissement de la fiscalité de l'alcool et la fixation d'un prix plancher par unité d'alcool. Ces interventions touchent l'ensemble de la population et leur montée en puissance permettrait de gagner entre 29 600 et 44 300 années de vie en bonne santé par an, ce qui représente entre 30 % et 50 % des années de vie en bonne santé perdues en 2017 en raison du cancer du foie dans la population française âgée de 50 à 69 ans. Les conseils apportés dans le cadre du système de soins primaires et le traitement de la dépendance sont également des interventions efficaces, qui ont cependant un moindre impact parce qu'elles s'adressent à une partie plus petite de la population.

Toujours selon cette étude, la taxation de l'alcool, la fixation d'un prix plancher, les contrôles routiers d'alcoolémie et la délivrance de conseils dans le cadre des soins primaires permettent de dégager des économies sur les dépenses de santé qui sont supérieures au coût de leur mise en œuvre.

2 - Des recommandations non mises en œuvre

Dans le prolongement de ces analyses, la Cour avait formulé dans un rapport de juin 2016¹⁶⁰, onze recommandations concernant les consommations nocives d'alcool. Les plus contraignantes se sont heurtées à un refus formel : il s'agit de l'augmentation de la fiscalité et de l'instauration du prix minimum, de l'interdiction de la consommation sur le lieu de travail et de l'interdiction de la publicité sur internet et les réseaux sociaux.

En juin 2021, l'Inserm a réitéré bon nombre de ces recommandations en réaffirmant scientifiquement leur caractère probant et en appelant de ses vœux un plan d'action urgent.

¹⁵⁹ *Idem.*

¹⁶⁰ Cour des comptes, rapport public thématique, « *Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool* », juin 2016, disponible sur www.ccomptes.fr.

a) Une stratégie incluse dans la lutte contre les addictions

Parmi les mesures proposées, figurait l'élaboration d'un programme national de réduction des consommations nocives d'alcool assorti des indicateurs adéquats, et évalué de manière périodique, sur le modèle du programme national de réduction du tabagisme (PNRT).

Lui a été préférée l'inclusion de la problématique de l'alcool dans des plans globaux sur les addictions tel que le « plan de lutte contre les drogues et les toxicomanies » (2013-2017), puis le « plan national de mobilisation contre les addictions » (2018-2022). Ce dernier plan devait être suivi par un « comité permanent » prévu à l'article D. 3411-15 du CSP et réuni chaque année pour apprécier la mise en œuvre par les pilotes désignés des mesures du plan. L'OFDT a en charge de renseigner l'évolution des indicateurs et des cibles du plan. Une évaluation des résultats devait être effectuée par un prestataire externe pour mesurer, à mi étape puis, à échéance, l'efficacité de la politique conduite. Ce comité s'est réuni « sous la forme d'un comité interministériel de lutte contre les stupéfiants », contrairement à sa dénomination officielle, pour la première fois le 28 mai 2021. Des éléments d'évaluations sont annoncés pour 2022.

Faute d'une stratégie volontariste, les autres mesures portant sur l'accessibilité au produit, l'action sur les prix, les restrictions à la publicité, ou l'efficacité de la répression de l'alcoolémie au volant se sont avérées limitées, voire inexistantes, malgré leur impact démontré sur les comportements de consommation.

b) Des actions de promotion collective et individuelle à renforcer.

Le développement de la recherche et de la formation, comme le ciblage des messages de prévention vers les publics les plus à risques, dont les jeunes et les femmes, n'ont été que timidement promus par les pouvoirs publics.

On peut ainsi relever qu'en 2019, Santé publique France a publié de nouveaux repères de consommation : pas plus de dix verres par semaine et pas plus de deux par jour, avec des jours dans la semaine sans consommation ; une campagne de communication a été lancée sur ces nouveaux repères et autour de des risques méconnus de l'alcool (hémorragies cérébrales, cancers, hypertension...) ; un nouvel alcoomètre a été conçu pour estimer sa consommation sur le site Alcool Info Service. Santé publique France a réalisé des campagnes de marketing social en direction des femmes enceintes, de leur entourage et des professionnels de santé. Une campagne spécifique pour les jeunes « Amis même la nuit » a été menée durant l'été 2021.

En ce qui concerne la publicité en faveur de l'alcool, la loi Évin¹⁶¹, qui l'interdit en principe a été assouplie en 2015, pour ce qui concerne les contenus relatifs « *au patrimoine culturel, gastronomique ou paysager liés à une boisson alcoolique* » qui ne seront désormais plus considérés comme de la publicité. De manière symétrique à ces allègements du dispositif, tout amendement pour durcir la loi Évin a été formellement écarté pour la durée du présent quinquennat.

¹⁶¹ Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Un article L. 3323-3-1 du CSP a été introduit pour atténuer la portée de l'interdiction de la publicité.

S'agissant du repérage précoce par le médecin de ville (repérage précoce et intervention brève – RPIB), quelques avancées sont à noter en revanche : une fiche sur cette procédure a été publiée¹⁶² sur le site de la HAS et la Mildeca a élaboré un guide à destination des élus, décideurs publics et professionnels sur la stratégie de prévention des conduites addictives destinées aux jeunes¹⁶³.

3 - La question du prix minimal toujours en attente d'une décision des pouvoirs publics

En revanche, l'efficacité de la fixation d'un prix minimum de l'unité d'alcool pur contenu dans chaque boisson¹⁶⁴ pour réduire la consommation des personnes les plus dépendantes et en particulier celle des jeunes a été démontrée. Ce dispositif a déjà été mis en place avec succès en Écosse dès 2012, puis au Canada et bientôt en Irlande.

La Cour de justice de l'Union européenne, saisie en 2015 du projet écossais, a renvoyé aux juridictions nationales la question de savoir si le prix minimum est apte à atteindre les objectifs poursuivis en santé publique, et s'il n'existe pas de moyens moins restrictifs sur le commerce et la concurrence, comme la fiscalité, permettant d'atteindre ces objectifs¹⁶⁵.

Ainsi, deux conditions cumulatives devraient être remplies, sous le contrôle des juridictions nationales, pour l'instaurer en France :

- d'une part, des objectifs de santé publique visant la consommation excessive d'alcool à bas prix (buveurs réguliers excessifs, malades ou dépendants) doivent être définis ;
- d'autre part, il faudrait démontrer que la baisse de cette consommation excessive ne serait pas atteinte avec les mêmes résultats par des mesures fiscales.

Or, si les taxes contribuent naturellement à la fixation du prix de vente des boissons alcoolisées, leur régime actuel, très contraint par les directives européennes, ne permet pas en France d'agir significativement sur la consommation des boissons les moins chères, en proportion de leur teneur en alcool.

C'est pourquoi, en avril 2019, une trentaine de médecins – addictologues, hépatologues et pneumologues – avaient réclamé que soit mis en place un prix minimum par unité d'alcool (soit 10 g) autour de 50 centimes d'euros, afin de diminuer les consommations excessives d'alcools bradés et de mauvaise qualité, par ailleurs souvent importés (ainsi, une bouteille de vin contenant 7 unités d'alcool atteindrait un prix de 3,50 €).

La même année, le Conseil économique, social et environnemental (Cese) avait proposé dans un avis d'instaurer un prix minimum dans les lieux festifs, mesure rejetée par le ministère de la santé du fait de la complexité de son application dans certains lieux et pas dans d'autres.

¹⁶² https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoc-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte.

¹⁶³ <https://www.drogues.gouv.fr/actualites/lintervention-precoc> ;
<https://www.drogues.gouv.fr/publication/prevention-conduites-addictives-destinee-aux-jeunes>.

¹⁶⁴ *Sheffield Alcohol policy model élaboré en 2010 et actualisé en 2012 par le Sheffield Alcohol Research Group.*

¹⁶⁵ CJUE (2^{ème} chambre), *Scotch Whisky Association c/ Lord Advocate et Advocate General of Scotland*.

Indépendamment du prix minimum, plusieurs autres mesures sur les prix pourraient être envisagées : l'interdiction des consommations à prix réduits à certaines heures (« *happy hours* ») dans les débits de boissons, un plus fort encadrement des débits de boissons temporaires, ainsi que celle des ventes à prix coûtant et le plafonnement des rabais promotionnels en grande surface.

4 - Une nécessaire relance

En juin 2021, l'Inserm a publié, à la demande de la DGS et de la Mildeca, une expertise collective¹⁶⁶ actualisant les connaissances scientifiques sur l'alcool, ses effets sur la santé, ses niveaux et modalités d'usage ainsi que sur les stratégies de prévention efficaces. Il a appelé de ses vœux « *plan d'action à mettre en place de façon urgente* », pour offrir un environnement favorable à un changement des comportements à travers une prévention adressée à la population générale, avec aussi la prise en charge des consommateurs à risque et dépendants. Cette « *feuille de route nationale* » nécessitera « *une volonté politique et un minimum de moyens associés* », avec notamment des actions sur les prix (taxes ou prix minimum), des messages de prévention adaptés, une lutte contre le marketing (durcissement de la loi *Évin* et encadrement de la vente d'alcool) ainsi que l'intervention brève des professionnels de soins primaires, toutes mesures en parfaite adéquation avec les recommandations de la Cour de 2016.

Faute d'une relance appropriée des actions reconnues comme les plus efficaces pour diminuer les consommations nocives d'alcool (action sur les prix, la publicité et l'accès au produit, repérage précoce) notre pays risque de subir durablement l'impact de l'alcool sur les maladies chroniques. Dans cette perspective, un programme national interministériel de prévention du risque alcool a été annoncé en février 2021 ; il devrait s'appuyer sur l'expertise de l'Inserm.

C - Mettre en œuvre la politique de lutte contre l'obésité adoptée en 2019

1 - Une situation française meilleure que la moyenne de l'OCDE, mais perfectible

Le surpoids et l'obésité touchent actuellement près de deux milliards d'individus dans le monde et sont à l'origine de 2,8 millions de décès chaque année. Aujourd'hui, un Français sur deux est en surpoids et un sur six est obèse ; si le taux de prévalence de l'obésité en France (17 % pour les adultes) est inférieur à la moyenne des pays de l'OCDE (23,3 %), il est supérieur à celui de l'Italie (9,8 %) et à celui de la Suède, de la Suisse ou encore de la Norvège. La France est donc également touchée par cette « épidémie mondiale », selon les termes même de l'Organisation mondiale de la santé.

La nécessité de prévenir l'obésité pour mieux en limiter les effets est d'autant plus justifiée que l'obésité est associée à de nombreuses pathologies, dont les principales sont le diabète de type 2 (dans 80 % des cas associé à une obésité), l'hypertension artérielle, l'excès de lipides dans le sang, les atteintes cardiovasculaires, le syndrome d'apnée du sommeil et d'autres maladies respiratoires, ainsi que des maladies articulaires. Elle constitue également un facteur

¹⁶⁶ [Inserm.fr](https://www.inserm.fr).

de risque en cas de grossesse, et joue un rôle dans le développement des cancers. L'obésité provoque aussi des troubles dépressifs et augmente les risques liés à la chirurgie et à la grossesse. Enfin, les personnes atteintes par le surpoids ou l'obésité et les victimes de la covid 19 sont les plus fragiles : leur taux de mortalité est bien supérieur à celui de la moyenne de la population.

Les estimations du coût global de l'obésité et du surpoids sont délicates à mener ; la seule qui existe, au niveau macro-économique, est celle du Trésor (2012), elle chiffre à près de 20 Md€ leur coût pour le système de santé.

Si la France s'est dotée d'une politique volontariste, notamment depuis la tenue du Comité interministériel pour la santé du 25 mars 2019 qui a mis l'accent sur l'activité physique, l'alimentation et la lutte contre l'obésité, deux ans après, la mise en œuvre de cette politique tarde à venir.

Les obstacles à surmonter ont été mis en évidence par la Cour dans son rapport de 2019. La faible efficacité de la politique de lutte contre l'obésité provient en partie de la superposition des plans nationaux, menés par des ministères différents¹⁶⁷. Le Plan national nutrition santé, placé sous le pilotage de la DGS, auquel se sont ajoutés le plan obésité, le plan national santé environnement (PNSE), le plan national pour l'alimentation, et le plan national sport santé et bien-être. La multiplicité de ces plans, amplifiée par les nombreuses initiatives des collectivités territoriales, est bien le signe d'une mobilisation des pouvoirs publics mais elle génère des difficultés de lisibilité et affaiblit la cohérence et l'efficacité de l'action publique.

La prise en charge en termes de soins est incomplète : si celle des enfants s'est améliorée grâce aux réseaux pédiatriques de prévention et de soins, et aux centres spécialisés de l'obésité, le repérage et le diagnostic précoce sont insuffisamment assurés, notamment au niveau de la santé scolaire. S'agissant des prises en charge pluridisciplinaires, des expérimentations dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018 ont été lancées mais elles sont trop lentes à se mettre en place. La prise en charge des adultes est caractérisée par un recours excessif à la chirurgie bariatrique. Par ailleurs, l'absence de prise en charge d'interventions sanitaires pourtant indispensables, comme celle des diététiciens, des psychologues, ou encore de spécialistes de l'activité physique adaptée, est un obstacle à l'accès aux soins.

Pour lutter efficacement contre l'obésité, il importe aussi d'encadrer des pratiques de marketing alimentaire et de veiller à la protection du consommateur. Or, la régulation du marketing de l'offre alimentaire repose sur les seules mesures de l'observatoire de la qualité des aliments (Oqali) qui a néanmoins permis de disposer d'un outil de suivi indispensable pour

¹⁶⁷ Les instances mises en place, notamment le comité de pilotage, n'ont pas été à même de rendre les arbitrages requis pour atteindre les objectifs qu'il s'était fixés. La création du comité interministériel pour la santé (CIS) en 2014, a récemment amélioré la coordination des politiques publiques de santé et devrait également jouer un rôle dans la lutte contre l'obésité. Au niveau régional, la coordination interministérielle dans le domaine de la prévention s'est également avérée insuffisante, même après la mise en place des agences régionales de santé (ARS) en 2010. La déclinaison des plans s'est faite de manière hétérogène et a mis en évidence les difficultés de coopération entre services déconcentrés de l'État, notamment ceux responsables de l'alimentation, des sports et de l'éducation nationale. Les ARS se sont souvent largement mobilisées, notamment par le biais des « contrats locaux de santé », et collaborent avec de nombreuses collectivités locales mais l'évaluation de l'efficacité des actions menées est délicate : elles sont diffuses, hétérogènes, engageant une multiplicité d'acteurs, parfois communes à d'autres thématiques, souvent dépourvues d'indicateurs, rendant difficile une vision d'ensemble au niveau d'une région ou d'un territoire.

améliorer la qualité nutritionnelle des aliments. Les chartes d'engagements volontaires et les accords collectifs, qui reposent sur le consensus entre les acteurs, ont toutefois rapidement montré leurs limites et devraient faire place à des mesures plus contraignantes. De la même manière, l'absence d'encadrement des stratégies de merchandising de la grande distribution, en dépit de leur impact avéré sur l'obésité, notamment des enfants, favorise les mauvais comportements alimentaires, ainsi que le démontrent les études internationales. Le faible encadrement des ventes effectuées par distributeurs automatiques qui vendent essentiellement des sodas, des confiseries ou des produits très gras dans les lieux privés et publics fréquentés par des enfants, soulève aussi la question de la protection du consommateur et de la santé publique. Le principe de l'autorégulation en matière de publicité alimentaire à destination des enfants s'est révélé peu efficace.

L'organisation mondiale de la santé (OMS), l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et la Commission européenne recommandent toutes la mise en place d'un encadrement et d'une limitation du marketing en direction des enfants. La publicité ciblant les enfants dans les programmes audiovisuels qui leur sont spécifiquement destinés n'a fait l'objet, en France, d'une mesure législative d'interdiction que depuis l'adoption de la loi « Gattolin »¹⁶⁸ relative à la suppression de la publicité commerciale dans les programmes jeunesse de la télévision publique, adoptée le 20 décembre 2016 et applicable depuis le 1^{er} janvier 2018. L'autorégulation en matière de publicité alimentaire à destination des enfants est un échec patent, alors que les exemples étrangers montrent l'impact déterminant d'une forte régulation de cette publicité.

Si l'information du consommateur de produits alimentaires a fait des progrès grâce à la mise en place du Nutri-Score (logo nutritionnel simplifié, fondé sur des couleurs, placé sur la face avant des emballages alimentaires, recommandé par l'État depuis 2017), ces avancées restent partielles car la généralisation du logo se heurte à l'opposition d'une partie des industriels, en particulier de nombreuses entreprises multinationales, notamment celles produisant des boissons ou aliments très sucrés ou gras.

Parmi les autres outils destinés à agir sur la demande, le recours aux incitations fiscales est régulièrement envisagé et leur effet est largement démontré dans le cas du tabac. Ainsi de la taxe sur les boissons sucrées, qui a déjà fait ses preuves dans plusieurs pays : une action plus résolue pourrait être envisagée après évaluation approfondie de son impact. Enfin, la loi « Lurel »¹⁶⁹ votée en 2012 pour limiter le surdosage en sucre pratiqué par l'industrie alimentaire dans les produits destinés aux départements d'outre-mer, reste inappliquée près de 7 ans après son adoption. Les conditions de son application effective, complexes, doivent donc être revues.

2 - Les recommandations de 2019 n'ont pas encore été mises en œuvre

Dans son rapport de 2019 sur la prévention et la prise en charge de l'obésité, la Cour établissait plusieurs recommandations pour améliorer la gouvernance de la politique de prévention et de lutte contre l'obésité, notamment le renforcement de la coordination

¹⁶⁸ Loi n° 2016-1771 du 20 décembre 2016 relative à la suppression de la publicité commerciale dans les programmes jeunesse de la télévision publique.

¹⁶⁹ Loi n° 2012-1270 du 20 novembre 2012 relative à la régulation économique outre-mer et portant diverses dispositions relatives aux outre-mer.

intersectorielle de la politique nutritionnelle au niveau régional sous l'autorité conjointe des préfets de région et des directeurs généraux d'ARS pour veiller à la mise en œuvre opérationnelle des objectifs.

S'agissant de la prise en charge des enfants atteints d'obésité, la Cour a proposé, sans attendre la fin des expérimentations, la prise en charge du parcours des enfants atteints de surpoids et de ceux atteints d'obésité sévère incluant des consultations de diététicien et de psychologues ainsi que des bilans d'activités physiques. Pour les adultes atteints d'obésité sévère, la Cour a proposé une expérimentation nationale de prise en charge au parcours incluant des consultations de diététicien et de psychologue¹⁷⁰, ainsi qu'un bilan d'activité physique destiné à une orientation du patient vers un dispositif d'activité physique adapté.

S'agissant de la régulation de l'offre, la Cour proposait que soient fixés, par voie législative, des taux maximums de sel, de sucre et de gras dans la composition nutritionnelle des aliments. Ces taux pourront être fixés après concertation avec les industriels ayant participé aux accords collectifs et aux engagements volontaires antérieurs¹⁷¹.

Pour encadrer la publicité, la Cour a proposé dans son rapport précité sur l'obésité¹⁷² d'élargir le champ d'application de la loi *Gattolin* à tous les programmes et à toutes les chaînes audiovisuelles du secteur privé en précisant, pour le secteur public comme pour le secteur privé, et pour tous les supports audiovisuels et numériques, les horaires des émissions, les tranches d'âges, et les aliments à exclure de la publicité, par références au Nutri-Score.

Elle recommandait enfin d'inciter les associations de consommateurs ou d'intérêt général à partager gratuitement avec le public des bases de données labellisées par SPF afin d'éclairer le choix du consommateur. La Cour avait indiqué que pourrait être mise à l'étude en liaison avec l'UE l'hypothèse d'une obligation pour les industriels d'apposer le Nutri-Score sur les produits alimentaires entrant dans le cadre du régime des allégations nutritionnelles qui doivent être notifiées à la Commission et aux autres États membres¹⁷³.

À ce jour, probablement en raison de la crise sanitaire, le comité interministériel sur la santé (CIS) n'a pas été réuni en 2020 ni en 2021. La DGS a établi un bilan à mi-parcours du PNNS, publié en mai 2021. Le bilan rappelle l'importance des politiques nutritionnelles dans le contexte de crise sanitaire et détaille ensuite un suivi d'une majorité des actions du PNNS 4 pour chacune d'elles, sans présentation de leur avancement global. Il précise que la plupart des objectifs ont connu une progression mais que celle-ci a été freinée par la crise sanitaire. Enfin, sur la réduction du marketing à destination des enfants, le bilan souligne l'augmentation des programmes audiovisuels de prévention sur ces dix dernières années grâce à l'application de la charte alimentaire mais il ne rappelle pas les échecs précédents de ces accords.

¹⁷⁰ Sous certaines conditions, la prise en charge de certaines consultations de psychologues sera effective à compter de l'exercice 2022.

¹⁷¹ Ce faisant, la Cour s'inscrit dans la ligne de son rapport au Sénat de 2011 dans lequel elle soulignait la responsabilité, au regard de l'obésité infantile, des industriels de l'agro-alimentaire et de l'audiovisuel dans la mise en place de politiques de prévention inadaptées, au détriment de stratégies efficaces basées sur des connaissances scientifiques.

¹⁷² Cour des comptes, rapport d'évaluation pour la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale, « *La prévention et la prise en charge contre l'obésité* », novembre 2019, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁷³ Sur la base de l'article 23 du règlement 1924/2006.

La seule nouveauté depuis le précédent rapport de la Cour est l'annonce faite le 3 juillet 2019 de la création de structures reconnues comme « maisons sport santé », dans le cadre de la Stratégie nationale sport santé (2019-2024) qui contribuent également à la prévention du surpoids et de l'obésité. À la suite de l'instruction des dossiers de l'appel à projets 2020 des maisons sport santé (MSS), 150 structures sont proposées à la reconnaissance MSS avec un total de 288 maisons sport santé désormais reconnues sur l'ensemble du territoire. L'objectif du ministère des solidarités et de la santé et du ministère des sports est de poursuivre cette dynamique pour atteindre 500 maisons sport santé à l'horizon 2022. Cet effort est notable dans une période de post-confinement où la sédentarité est l'un des facteurs de risques aggravant l'obésité.

La Cour rappelle certaines recommandations faites en 2019, et qui sont à ce jour toujours non-suivies d'effets, portant notamment sur:

- *le taux maximum en matière de sucre, de sel, de gras dans les aliments industriels,*
- *la publicité de certains aliments dans le champ de l'audiovisuel et du numérique dans le cadre de la lutte contre l'obésité*
- *la référence obligatoire au Nutri-Score en matière d'alimentation industrielle.*

II - Développer et systématiser les approches de prévention dans les pratiques professionnelles

Les politiques de prévention doivent être déployées à une échelle bien plus importante que celle d'aujourd'hui.

Cela passe par une démultiplication du nombre de professionnels en charge de la prévention au-delà des seuls médecins généralistes, dont la disponibilité doit être réservée aux actes de prévention à forte valeur ajoutée médicale. De nouveaux métiers émergent et des transferts de compétences sont expérimentées. Ces mouvements doivent être amplifiés.

Si les consultations de prévention dédiées n'ont pas fait la démonstration de leur efficacité, chaque contact avec le système de santé doit en revanche être l'occasion de réaliser une intervention de prévention, sur la base d'un référentiel listant celles à proposer tout au long de la vie.

A - Élargir les catégories de professionnels et leurs compétences en matière de prévention

Le transfert définitif ou provisoire de tâches du personnel médical vers le personnel paramédical est un enjeu important du déploiement de la prévention en France en ce qu'elle permet de multiplier ses acteurs.

Nombre d'actes à visée préventive restent en effet réglementairement l'exclusivité des médecins. Depuis une dizaine d'années, un mouvement vise à diffuser des pratiques vers d'autres professionnels de santé.

1 - Accélérer la montée en puissance des nouveaux métiers : les infirmiers de pratique avancée et les assistants médicaux.

Deux catégories nouvelles de personnels de santé peuvent participer davantage qu'aujourd'hui aux actions de prévention :

- l'infirmier en pratique avancée (IPA), outre une compétence élargie en matière de diagnostics et prescription dans certains domaines, est susceptible de jouer un rôle déterminant en matière de prévention secondaire et d'éducation thérapeutique ;
- l'assistant médical devrait avoir un rôle clé dans le recueil des données sociales et physiologiques du patient, son suivi vaccinal, ses rappels, l'insertion du patient dans des campagnes nationales, dans le champ de la prévention primaire.

Le métier d'IPA a été défini dans l'arrêté du 12 août 2019¹⁷⁴, autour de six champs d'activités dans pour quatre domaines¹⁷⁵. En matière de prévention, ce nouveau métier est compétent pour les trois catégories de prévention, mais les actions à visée préventive que les infirmiers de pratique avancée exercent en pratique relèvent principalement de la prévention secondaire et tertiaire. Celle-ci intervient une fois la pathologie diagnostiquée, en complément de la prise en charge médicale.

La profession d'assistant médical a été créée et autorisée par l'article 67 de la loi du 24 juillet 2019, qui dispose que les assistants médicaux n'exercent pas illégalement la médecine pour les actes réalisés sous l'autorité d'un médecin et pour lesquels ils ont reçu une formation¹⁷⁶. L'objectif premier est de redonner du temps aux médecins en les déchargeant de tâches ne relevant pas directement du soin, et qui pourront être effectuées par les assistant médicaux. L'avenant n° 7 à la convention médicale signé le 20 juin 2019 a précisé le profil de ces assistants (secrétaires médicales, aides-soignants, infirmiers) et leur rôle. Au 19 février 2021, la Cnam recensait près de 1 721 contrats signés, sur les 4 000 annoncés en 2018 : plus de 82 % concernaient des médecins généralistes et plus de 54 % des structures (centre de santé, maison de santé pluri-professionnelle, etc.) opérant dans des zones sous-denses. La Cnam prend en charge ces assistants de façon pérenne et évolutive. Parmi les premiers contrats, le profil des secrétaires médicales était dominant, à 57 %.

Ces professionnels ont vocation, à l'instar de ce qui se fait dans la plupart des pays comparables, à assister le médecin dans un certain nombre de tâches d'accueil du patient, de

¹⁷⁴ Arrêté du 12 août 2019 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée.

¹⁷⁵ Les quatre domaines sont : 1) pathologies chroniques stabilisées-prévention et poly-pathologies courantes en soins primaires pour huit pathologies dont le diabète, la BPCO, et la maladie d'Alzheimer) oncologie et hématologie 3) maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale 4) psychiatrie et santé mentale.

¹⁷⁶ Article L. 4161-1 du CSP issu de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 (extrait) : « Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux étudiants en médecine ni aux sages-femmes ni aux pharmaciens biologistes pour l'exercice des actes de biologie médicale, ni aux pharmaciens qui prescrivent des vaccins ou effectuent des vaccinations, ni aux physiciens médicaux, ni aux infirmiers ou garde-malades qui agissent comme aides d'un médecin ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux détenteurs d'une qualification professionnelle figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé et exerçant, dans la limite de leur formation, l'activité d'assistant médical, ni aux auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée en application de l'article L. 4301-1, ni aux personnes qui accomplissent, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine, les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret ».

préparation de la consultation et d'information du patient. Leur rôle pourrait être décisif dans la facilitation du ciblage des patients en matière de prévention. Le recueil de données sociales (modes de vies, logement, personnes aidantes potentielles, etc.) ou physiologiques (poids, taille, prises de mesures automatisées) dans les systèmes d'information constitue le préalable à la dispensation de conseils adaptés par le médecin, au-delà du gain de temps. Il est envisagé qu'ils aident également au suivi vaccinal des patients et, le cas échéant, effectuent les rappels téléphoniques nécessaires. Sous l'autorité des médecins, ils pourront notamment relayer de façon pertinente des campagnes nationales auprès des patients, assurer le suivi de la bonne réalisation des examens périodiques qui leur sont prescrits et la coordination administrative avec d'autres professionnels (pharmaciens, biologistes, radiologues infirmiers, etc.). Leur mise en place reste encore à ce jour limitée aux zones en sous-densité médicales, (la patientèle concernée était de 1,4 million de personnes début 2021). Le déploiement du dispositif dépendra notamment de la mise en place des organismes de formation délivrant le CQP (certificat de qualification professionnelle).

Le développement de cette nouvelle profession est un élément clé de la mise en œuvre du concept « aller vers » en facilitant les rappels en terme de dépistage, vaccination et inclusion dans les programmes de prévention. Il doit contribuer au changement d'échelle nécessaire dans le déploiement de la prévention en France.

2 - Dépasser le cadre de l'expérimentation pour les protocoles de coopération entre professionnels portant sur la prévention

Les protocoles de coopération entre professionnels de santé permettent également d'augmenter le nombre des acteurs de la prévention. Ce mouvement est amorcé depuis une dizaine d'années, même si le cadre connaît aujourd'hui des évolutions importantes. Le dispositif des protocoles de coopération entre professionnels de santé a été introduit par l'article 51 de la loi du 23 juillet 2009 dite Hôpital, patient, santé, territoire (HPST), essentiellement sur la base de protocoles locaux, autorisés par l'ARS après avis de la HAS. Certains ont été étendus à l'échelle nationale sous certaines conditions. L'article 66 de la loi du 24 juillet 2019 a créé la possibilité supplémentaire de protocoles de coopération d'origine nationale. Un comité national a été créé pour piloter la mise en œuvre du dispositif. Le nouveau cadre juridique abroge le précédent et, par voie de conséquence, les protocoles autorisés régionalement par les directeurs d'agences régionales de santé. Les anciens protocoles régionaux seront eux-mêmes prolongés dans ce cadre rénové avec l'adoption de la proposition de loi « *visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification* » actuellement en discussion au parlement, qui définit un nouveau cadre pour les protocoles à venir également¹⁷⁷. C'est dans ce contexte global que les protocoles dont les activités dérogoires ont des objectifs de prévention, peuvent n'être appliqués que par les équipes ayant effectué les démarches d'adhésion avant le 31 décembre 2019.

¹⁷⁷ Selon ces dispositions à venir, les professionnels de santé organisées en équipe de soins primaires ou en CPTS pourraient élaborer et mettre en œuvre des protocoles de coopération après les avoir intégrés dans leur projet de santé. Le projet est transmis par l'ARS à la HAS. L'ARS ne l'autorise plus a priori, ni la HAS n'émet d'avis préalable à sa mise en œuvre, mais peut en prononcer la suspension.

Selon la DGOS en septembre 2020, plus de onze protocoles de coopérations (cinq en prévention primaire et six en prévention secondaires, aucun en prévention tertiaire – autorisent des professionnels de soins primaires à réaliser des actes en dehors de leur champ de compétence initial. Les services de santé au travail y ont eu recours pour pallier le manque de professionnels médicaux¹⁷⁸. La Cour dans son rapport sur les médecins et le personnel de santé scolaire recommande d’y recourir également pour faire face au sous-encadrement des élèves¹⁷⁹. Toutefois, ces modifications souffrent d’une généralisation et d’une évaluation insuffisante. Celle-ci avait été confiée aux ARS annuellement pour chacun de protocoles. La HAS en assurait la synthèse nationale, compétence transférée désormais au comité national des coopérations interprofessionnelles (CNCI) chargé d’assurer le suivi et l’évaluation des protocoles nationaux.

Le cadre juridique et conventionnel de ces nouvelles pratiques et de ces nouveaux métiers est en train d’être redéfini. Une opportunité s’ouvre donc pour mieux diffuser les programmes et les pratiques de prévention. Le rythme de montée en charge, actuellement très lent, et le nombre d’effecteurs concernés seront déterminants pour l’émergence d’une politique de prévention, à la fois à une échelle significative et de manière plus ciblée.

B - Utiliser chaque contact avec le système de santé pour proposer des interventions de prévention

Les convocations obligatoires de personnes sans symptômes sont devenues de plus en plus rares, les bilans de santé à l’initiative des patients sont quant à eux peu utilisés, y compris par les populations défavorisées pour lesquels une offre spécifique est réservée par l’assurance maladie. Les consultations de prévention en population générale ont été évaluées non efficaces sur un plan médico-économique¹⁸⁰.

1 - Des convocations obligatoires devenues rares

En dehors de la grossesse (article L. 2122-1 du CSP) et des visites de la médecine du travail prévues à l’article L. 4624-1 du code du travail limités à la prévention des risques professionnels, il n’existe plus de rendez-vous de prévention convoquant de façon obligatoire une classe d’âge ou une catégorie de la population¹⁸¹. La souscription d’un prêt immobilier est

¹⁷⁸ Plusieurs décrets d’application de la loi n° 2011-867 de juillet 2011 relative à l’organisation de la médecine du travail ont été publiés en 2012 : le décret 2012-135 précise la formation et le rôle des infirmiers au sein de cette nouvelle organisation de la santé au travail. L’infirmier recruté, est diplômé d’État. S’il n’a pas de formation en santé au travail, il doit bénéficier d’une formation au plus tard dans les 12 mois qui suivent son recrutement.

¹⁷⁹ Cour des comptes, communication à la commission des finances, de l’Assemblée nationale « *Les médecins et les personnels de santé scolaire* », avril 2020, disponible sur www.ccomptes.fr : « *Les enjeux de dépistage mériteraient d’envisager une demande d’avis de la Haute autorité de santé (HAS) sur la faisabilité d’un protocole de coopération entre médecins de l’éducation nationale et infirmiers scolaires pour les bilans de santé de la 6e année, dès lors que la HAS est déjà saisie de la même question pour la coopération entre médecins et infirmières puéricultrices de la PMI* ».

¹⁸⁰ HCSP, avis du 25 mars 2009 dont la synthèse développe un chapitre intitulé : « *De très faibles éléments de preuve concernant l’intérêt d’une consultation périodique de prévention dédiée* ».

¹⁸¹ La fin du service national en 2002 pour les très jeunes adultes (20-26 ans), et l’abrogation des examens pré-nuptiaux obligatoires en 2007 en sont les principales raisons.

ainsi devenue une des rares occasions qui permet de vérifier complètement l'état de santé d'une personne, mais avec comme objectif celui d'évaluer un risque pour le banquier et l'assureur, et elle ne concerne qu'un public en général plutôt favorisé.

Depuis 1945, tout assuré social a droit à un bilan de santé tous les cinq ans, facultatif et à son initiative, mais il est en pratique peu utilisé. En 2009, le Haut conseil de la santé publique relevait « *de très faibles éléments de preuve concernant l'intérêt d'une consultation périodique de prévention dédiée* », tout en pointant en revanche l'intérêt de réaliser des actes d'investigation périodiques dans un continuum de soin et sur la base de recommandations validées¹⁸². D'autres pays se situent dans cette logique de rendez-vous de prévention à certains âges de la vie, mais en les centrant sur la recherche de pathologie précise. Ainsi en Allemagne, où des examens systématiques sont proposés à partir de 35 ans avec une fréquence de trois ans à tous les assurés sociaux. Cet examen est en réalité conçu pour détecter les signes de maladies bien précises cardiovasculaires, de diabète et de maladies rénales à un stade précoce.

2 - Des centres de santé peu efficaces

Une offre ciblée en direction des publics précaires existe au travers des centres d'examens de santé (CES) de l'assurance maladie, mais dont les résultats sont faibles.

Les centres d'examens de santé de l'assurance maladie proposent des consultations de prévention, examen prévention santé (EPS) notamment aux populations les plus précaires. L'assurance-maladie dispose de 85 centres de santé, pour un budget annuel de 148 M€ en 2019, financé par le FNPEIS, dont elle mobilise ainsi plus d'un tiers des ressources. Cette offre de prévention est très complète tant sur le plan médical que sur le plan administratif. Elle dispense notamment des mises à jour des vaccinations, des dépistages ou encore des entretiens de motivation pour l'arrêt du tabac notamment. Un bilan exhaustif sur les droits du patient et une aide à son orientation dans le système de santé (programme Planir¹⁸³ et ses actions : détection des renoncements aux soins grâce à la plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (Pfidass¹⁸⁴), participation des centres de santé aux parcours « complémentaires santé solidarité », jeunes et seniors) y sont proposés. Un score (Epices¹⁸⁵) permet d'évaluer le niveau de précarité des patients et vise à mieux cibler le recrutement de cette catégorie de population. Enfin, les centres d'examens de santé contribuent très fortement à la cohorte Constances en matière de recherche en santé publique.

¹⁸² HCSP « Consultations de prévention : Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement », mars 2009.

¹⁸³ Plan local d'accompagnement du non recours, des incompréhensions, des ruptures.

¹⁸⁴ Plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé.

¹⁸⁵ Epices (Évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les Centres d'examens de santé) est un indicateur individuel de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité. Le score Epices a été construit en 1998 par les Centres d'examens de santé (CES) et le Cetaf (Centre technique d'appui et de formation des CES) et de l'École de santé publique de Nancy, à partir d'un questionnaire de 42 questions qui prend en compte plusieurs dimensions de la précarité : emploi, revenus, niveau d'étude, catégorie socio-professionnelle, logement, composition familiale, liens sociaux, difficultés financières, événements de vie, santé perçue.

La cohorte « Constances »

Constances¹⁸⁶ « vise à constituer une infrastructure de recherche ouverte à la communauté de recherche, avec l'objectif de suivre pendant une très longue durée l'état de santé et de nombreux facteurs de risque d'un très grand échantillon de personnes ». Lancé en 2012, le projet « Constances », a été très soutenu par la Cnam notamment sur le plan financier. Il a été labellisé Investissement d'avenir. Il est arrivé aujourd'hui à maturité avec 205 000 volontaires de 18 à 69 ans, dont 97 % acceptent l'appariement des données avec le Sniram, et permet de suivre plusieurs milliers de variables par individu. Les données recueillies irriguent près de 80 projets sur des thématiques variées (stress au travail et risque de mésusage de benzodiazépines, épidémiologie de la Nash¹⁸⁷ en France, utilisation de la cigarette électronique et la réduction du tabagisme à long terme ou encore l'association entre symptômes dépressifs et régimes végétariens), mobilisant près de 190 chercheurs en France et à l'étranger.

Leur activité a connu une baisse très prononcée de 9 % entre 2014 (avec 510 611 examens) et 2018 (avec 465 005 examens). Seuls 58 % d'entre eux (272 000) concernent un public précaire¹⁸⁸, 33 % sont réalisés au bénéfice de la population générale, et 9 % le sont dans le cadre de protocole de recherche. Même si la totalité des examens correspondait à des patients précaires différents, cela n'attendrait que moins de 3 % de cette population en France. La baisse de 9 % se retrouve chez les précaires et non précaires uniformément.

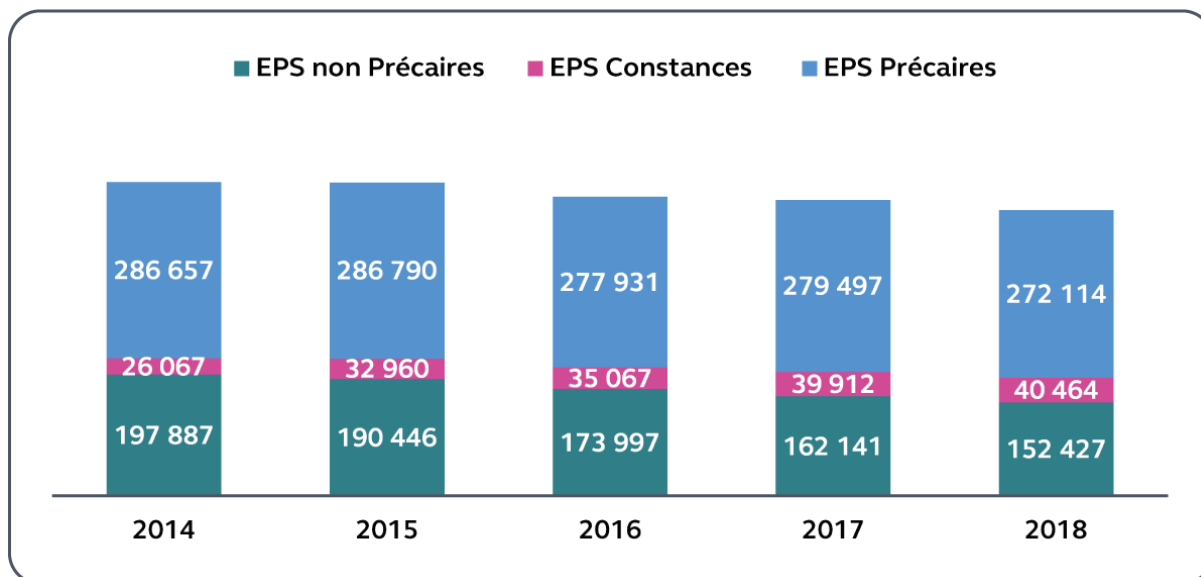
Les effectifs de personnel de ces centres ont également baissé de 10 % en raison de difficultés de recrutement : ils sont passés de 1336 (2014) à 1 194 (2018). Conformément aux orientations internes de la Cnam, les dotations de ces centres ont néanmoins augmenté de 2 M€ (+ 1,3 %) par an en moyenne. Le coût de cet examen est élevé, à 263 € en moyenne. L'allocation des moyens se fait sur la base de frais de structures et sans lien avec le profil des assurés du département : ainsi, la Cnam de la Vienne consacre 8 € par an et par assuré à son centre de santé là où celle de la Seine-Saint-Denis en dépense 4 € par an et par assuré, même si le centre de santé n'épuise pas toutes les actions de cette caisse en direction des plus défavorisées.

¹⁸⁶ Cohortes épidémiologiques en population générale UMS 011 Université de Versailles Saint-Quentin, avril 2015

¹⁸⁷ Nash (*Non Alcoholic Steato Hepatitis*) est un acronyme anglais usuel pour désigner la stéatohépatite non alcoolique, ou plus communément la maladie du foie gras humain non alcoolique, associée à des consommations de boissons sucrées.

¹⁸⁸ Des données provisoires indiquent une légère remontée à 64 % pour les premiers mois de 2021 (hors cohorte Constance). Est considérée comme précaire une personne dont le score selon l'échelle de cotation Epices est supérieure à 30 (soit les personnes ayant au moins quatre réponses défavorables aux 42 questions du score Epices)

Graphique n° 4 : nombre d'examens dans les centres d'examens de santé de l'assurance maladie selon les publics pris en charge



Source : Assurance maladie

Au final, les centres d'examens de santé de l'assurance maladie n'apportent qu'une réponse extrêmement limitée et coûteuse, à la dispensation d'actions de prévention en faveur des populations précaires.

3 - Faire de chaque contact avec le système de santé une opportunité de prévention

Dès lors que les consultations de prévention souffrent d'un faible niveau de preuves en population générale et d'une faible efficacité pour les populations précaires (comme le montre la faible activité des centres d'examens de santé de l'assurance maladie, cf. *supra*), il apparaît préférable de mettre à profit chaque contact avec un professionnel de santé, pour mettre en œuvre plus systématiquement des actions de prévention plus ou moins importantes. Pour ce faire, une doctrine des examens à proposer tout au long de la vie reste à formaliser en France. La médecine de ville ne dispose pas d'un ensemble de référentiels portant sur les actes de prévention à proposer tout au long de la vie, comme cela peut être le cas dans de nombreux autres pays. Ainsi aux États-Unis (*US Preventive task force*), au Canada (*Canadian task Force*), et en Suisse (Eviprev, qui réunit les cinq hôpitaux universitaires de ce pays) des documents de synthèse ont été établis à destination des médecins généralistes, pour récapituler l'ensemble des actions ayant fait l'objet d'un haut niveau de preuve en matière de prévention et en particulier en terme de dépistage. Ils sont mis à jour chaque année au moyen d'un tableau de synthèse qui rappelle les dépistages à proposer, qu'ils soient obligatoires ou simplement recommandés¹⁸⁹. Il n'y a pas d'équivalent en France.

¹⁸⁹ [Tableau EVIPREV | Unisanté \(unisanté.ch\)](#).

III - Utiliser le levier numérique pour faire évoluer la pratique des politiques de prévention

Secteur très régulé, la santé a vu l'irruption du numérique se faire en décalage par rapport à d'autres domaines moins encadrés (tourisme, médias et TV, distribution, téléphonie mobile, banque et assurances...). La e-santé n'en est pas moins depuis quelques années en pleine expansion et connaît une forte accélération. Plusieurs publications de la Cour des comptes¹⁹⁰ ont abordé ces évolutions.

Le numérique permet des progrès pour les trois types de prévention : primaire, secondaire et tertiaire. S'agissant de la santé primaire par exemple, la Cnam de Seine-Saint-Denis travaille depuis 2020 avec la *start-up* Stimulab, afin d'utiliser les objets connectés dans le cadre d'un programme de prévention du diabète. Le programme « Dites non au diabète »¹⁹¹ vise à proposer gratuitement un accompagnement de longue durée pour prévenir le diabète de type 2 par une sensibilisation et une action de promotion de l'activité physique régulière, le suivi nutritionnel et la perte de poids. Il repose aussi sur des outils et compétences en matière d'accompagnement à distance pour assurer la continuité : fourniture d'objets connectés de suivi, animation de vidéoconférence, utilisation d'algorithmes, exercices pratiques à distance. Le programme Etapes¹⁹² qui regroupe des expérimentations en télésanté comprend plusieurs applications dans le domaine de la prévention secondaire. Ainsi sur les 55 dispositifs de télésurveillance déclarés sur la liste de la DGOS du 24 novembre 2018, 6 concernaient le diabète et 10 l'insuffisance cardiaque chronique. Enfin, le numérique concerne également la prévention tertiaire.

¹⁹⁰ Voir notamment : - communication à la commission des finances de l'Assemblée nationale, « *Le coût du dossier médical partagé depuis sa mise en place* », juillet 2012 ; - communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale « *Les données personnelles de santé gérées par l'assurance maladie : une utilisation à renforcer, une sécurité à renforcer* », mars 2016 ; - Ralfss 2017, « *La télémedecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre* » ; - rapport public annuel 2018, « *Les services publics numériques en santé : des avancées à amplifier, une cohérence à organiser* » ; - Ralfss 2019, « *La relation de service des caisses de sécurité sociale avec les assurés à l'ère numérique : des transformations à amplifier* » ; - rapport public annuel 2020, « *Le dossier pharmaceutique : un outil au service de la santé publique* ».

¹⁹¹ Également soutenu et promu par l'ARS de l'Île-de-France se déploie sur les territoires de Bobigny, Montreuil, Pantin, Bondy, Noisy-le-Sec, Bagnole, Romainville, Les Lilas et du Pré-Saint-Gervais.

¹⁹² L'article 54 de la LFSS pour 2018 a pour objet de prolonger, pour la télésurveillance, la mise en œuvre d'expérimentations de télémedecine, pour l'amélioration des parcours de santé (Etapes) prévues par l'article 36 de la LFSS pour 2014. L'évaluation intermédiaire, prévue par l'article 54 de la LFSS pour 2018 a été confiée à l'Institut de recherches et de documentation en économie de la santé (Irdes).

L'exemple de l'application Moovcare Poumon dans la prévention tertiaire

En juillet 2020, Moovcare Poumon a été reconnu comme un dispositif médical (DM) de classe I se présentant sous la forme d'une application web pour la télésurveillance médicale des rechutes et complications chez les patients atteints de cancer du poumon. Le logiciel figure dans une nouvelle sous-section de la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) intitulée « Applications web et logiciels destinés à la télésurveillance »¹⁹³. Moovcare est donc prescrit par le médecin à un patient. Celui-ci renseigne chaque semaine ses symptômes à partir d'un questionnaire web. L'algorithme analyse les symptômes et s'il détecte une anomalie, une alerte est transmise à l'équipe médicale pour approfondissement. Le patient peut également utiliser le logiciel pour signaler des symptômes ressentis entre les questionnaires prévus. Les essais cliniques ont démontré une amélioration de la survie globale de 7,6 mois des patients concernés. Le prix semestriel de Moovcare est de 1 000€ et est inscrite sur la liste LPPR pour trois ans.

En matière de prévention, le levier numérique peut permettre de faciliter trois avancées significatives : la définition des stratégies de santé au niveau national et territorial, de manière à cerner les inégalités sociales et territoriales au niveau le plus fin possible, le ciblage des publics prioritaires qui n'ont pas accès aujourd'hui à la prévention et enfin la structuration des données pour évaluer les politiques de prévention.

A - Utiliser les données de santé pour bâtir des stratégies territoriales et sociales mieux ciblées

Afin de rendre les politiques de prévention plus efficaces, les ciblage territoriaux sont indispensables (cf. *supra*). Plus globalement, il est important de définir une réelle stratégie de « e-prévention ». En effet, il existe un déséquilibre entre « e-prévention » et « e-santé », tout comme il existe dans notre pays un déséquilibre entre préventif et curatif.

1 - Une forte accélération de la politique publique de « e-santé ».

Les trois grandes lois de santé¹⁹⁴ sur la période étudiée abordent la question du numérique en santé. Elles sont également accompagnées de plans de transformation numérique, aussi bien des hôpitaux que de la médecine de ville. Les stratégies nationales de santé 2012-2018 et 2018-2022 abordent également la question du numérique, mais la première véritable stratégie nationale du numérique en santé a été formalisée en 2019. Elle fait suite au rapport « *Accélérer le virage numérique* »¹⁹⁵ et comprend cinq grandes orientations¹⁹⁶. Cette stratégie marque une

¹⁹³ Arrêté du 28 juillet 2020 portant inscription de l'application web Moovcare Poumon de la société Sivan France au titre I de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS.

¹⁹⁴ Loi HPST de 2009, loi MSS de 2016, loi du 24 juillet 2019.

¹⁹⁵ Stratégie de transformation du système de santé – Rapport final – *Accélérer le virage numérique*, Dominique Pon, Annelore Coury, 28 septembre 2018.

¹⁹⁶ Ces cinq orientations sont (i) le renforcement de la gouvernance (création de la délégation ministérielle du numérique en santé DNS, Agence du numérique en santé l'ex-Asip, le Conseil du numérique en santé) (ii) l'intensification de la sécurité et de l'interopérabilité (identification numérique dont Identifiant numérique de santé depuis le 1^{er} janvier 2021, authentification pour sécuriser les téléservices, opposabilité des référentiels d'interopérabilité communs, mise en place d'un service de cybersurveillance), (iii) l'accélération des services numériques socles (dossier médical partagé, messageries sécurisées de santé, développement de la e-prescription, déploiement des services numériques territoriaux de coordination des parcours), (iv) le déploiement au niveau

double évolution : d'une part une simplification et une rationalisation du numérique en santé, et d'autre part, une intervention de l'État qui se concentre sur le cadre global, la régulation et les outils socles et qui laisse une large initiative aux autres acteurs, y compris ceux du privé. C'est la notion d'État plateforme. Cette stratégie a été complétée par différents rapports sur les données (cf. infra) et a bénéficié de crédits à hauteur de 2 milliards d'euros dans le cadre du volet numérique du « Ségur de la santé ». Ils sont également complétés par le quatrième programme d'investissements d'avenir (PIA). Dans le cadre de France Relance, 11 milliards d'euros sont dédiés dès 2021-2022 à l'accélération de l'innovation et au développement de la bioproduction ou de la santé digitale.

2 - L'absence de plan d'ensemble en matière de « e-prévention ».

Plusieurs rapports consacrés à la « e-santé » évoquent la question de la prévention. En 2015, le Conseil national de l'ordre des médecins publiait un livre blanc sur les objets de santé connectés¹⁹⁷ insistant sur la nécessité de définir le bon usage de la santé mobile au service de la relation patients-médecins, la mise en place d'une régulation, le bon usage éthique des OCAS, la mise en place d'une stratégie numérique en santé mais aussi la nécessité de la poursuite de l'évaluation scientifique et le développement de la littérature numérique. Le rapport de 2016 du Haut conseil de l'assurance maladie intitulé « *Innovation et système de santé* » aborde assez largement ces questions, y compris sous l'angle du possible remboursement de certaines de ces applications ou objet connecté. Cette même année, la HAS a publié un référentiel de bonne pratiques sur les applications et les objets connectés en santé (*mobile Health* ou *m-Health*¹⁹⁸). De même, la médecine 4P, souvent évoquée dans les discours publics, se veut personnalisée, participative, prédictive et préventive.

Cependant, lors des entretiens menés auprès du *Heath Data Hub*, de l'ANS, de la Cnam, de la délégation du numérique à la santé, du collège des Grades¹⁹⁹ qui regroupe les GIP e-santé adossés aux ARS, de la Cnil, il est apparu que les expérimentations dans le domaine de la santé numérique et de la prévention étaient finalement assez peu nombreuses, aussi bien en région qu'au niveau national. Sur les trente expérimentations retenues par le GIE SESAM-Vitale (conjointement avec la Cnam et la DNS) sur l'ENS, trois seulement concernent la prévention en tant que telle. Sur le « bac à sable » lancé par la Cnil sur la santé numérique en février 2021, c'est également le cas, même si le projet concernant l'anonymisation des données peut avoir un débouché. C'est encore dans les Grades que l'on trouve quelques rares expérimentations.

Il est dommageable à un moment où les politiques publiques de e-santé connaissent un fort développement et bénéficient de crédits budgétaires importants que les aspects relatifs à la prévention des maladies chroniques soient finalement peu considérés. Ceci est d'autant plus surprenant que des plans d'ensemble en e-prévention existent dans d'autres domaines. Ainsi en

national de plateforme numérique (Espace Numérique de Santé, plateforme de bouquets de services pour les professionnels de santé, création du *Health Data Hub*) et (iv) le soutien à l'innovation et l'appui à l'engagement des acteurs programme Hop'En pour le soutien aux systèmes d'informations hospitaliers, plan ESMS numérique, tour de France de la e-santé, ateliers citoyens du numérique en santé.

¹⁹⁷ Conseil national de l'ordre des médecins, livre blanc « *De la e-santé à la santé connectée* ».

¹⁹⁸ HAS, « *Évaluation des applications dans le champ de la santé mobile (mHealth). État des lieux et critères de qualité du contenu médical pour le référencement des services numériques dans l'espace numérique de santé et le bouquet de services professionnels* » ([has.fr](https://www.has-sante.fr)).

¹⁹⁹ Groupement régional d'appui au développement de la e-santé.

2019, à la demande du président de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, un rapport confié au professeur Michel Reynaud et au président de la FAS sur les bénéfices a émis une dizaine de recommandations pour intégrer l'e-santé pour la prévention, le diagnostic et la prise en charge (Cf. détails en annexe 4).

Si le secteur public est trop lent dans la prise en compte de la e-prévention, ce seront les acteurs privés qui le feront. La plupart des Gafam se positionnent déjà avec plus ou moins de réussite sur la e-prévention mais toujours avec des moyens très importants²⁰⁰. En France, DoctoLib²⁰¹, entreprise privée créée en 2013 va intégrer les politiques de prévention dans ses applications.

C'est pourquoi, l'intégration de la prévention des maladies chroniques devrait être systématisée dans tous les plans relatifs au développement de la e-santé.

B - S'appuyer sur les leçons de la gestion de la pandémie de covid 19 pour progresser dans le ciblage de la prévention en faveur de certaines populations.

La politique publique du numérique en santé a connu une accélération et une augmentation de ses moyens au cours de ces dernières années.

L'efficacité des politiques de préventions des maladies chroniques nécessite de surmonter deux obstacles principaux : d'une part, viser plus particulièrement certaines populations pour infléchir les gradients sociaux et d'autre part, s'assurer de l'efficacité des messages délivrés. Ce n'est pas parce qu'une personne sait que le tabac entraîne de forts risques de cancer qu'elle arrête de fumer. La gestion proactive des données de santé peut permettre un meilleur ciblage en faveur des personnes qui en ont le plus besoin. Ceci ne nécessite pas le développement de nouveaux outils ou programmes, mais une approche différente de la gestion des bases et une

²⁰⁰ Google a lancé en 2012 Google Flu Trends (GFT) un modèle permettant de modéliser les épidémies de grippe. L'expérience a dû être interrompue en 2015 car considérée comme non concluante, mais le domaine demeure très présent dans les développements de Google. En 2019, Amazon Care a commencé en tant que pilote à Seattle et a été généralisé à tous ses employés en mars 2021. Amazon care se présente sous forme d'une application téléchargeable sur les différents stores. Amazon care fournit à la fois une prévention primaire aux patients mais également des soins via leur application. Les services proposés comprennent la prise de rendez-vous à l'avance, un suivi de la personne, des examens médicaux, avec des équipes de soins disponibles 24h/24 et 365 jours sur 365, des soins préventifs, des ordonnances pour des produits livrés à domicile, des rappels de vaccination, des conseils pour mener une vie saine, des entretiens vidéos, des chats de soins... Pour sa part, Apple espère qu'à brève échéance sa montre connectée permettra d'évaluer à distance les maladies cardiovasculaires. L'Apple Watch pourrait à l'avenir recevoir de nouvelles fonctionnalités basées sur les capteurs afin qu'un prestataire de santé puisse rapidement avoir accès aux chiffres affichés. Grâce à une application spécifique et un test de marche de 6 minutes, il sera possible d'évaluer à distance la fragilité ou non à une maladie cardiaque avec des résultats aussi fiables qu'un test « réel » Microsoft a annoncé en avril 2021 un partenariat avec l'assureur Axa pour créer une plateforme numérique de soins de santé offrant notamment des outils d'auto-évaluation et de prévention, une conciergerie médicale, une interface de consultation à distance, des services de soins à domicile et un annuaire de professionnels de santé. Certaines fonctionnalités ont été testées dès fin 2020 en Allemagne et en Italie.

²⁰¹ DoctoLib propose deux types de produits : DoctoLib Patient (Agenda et Consultation médical) et DoctoLib Médecin (Logiciel médical). Ces produits sont livrés contre un abonnement mensuel, avec des options forfaitaires (129 € par mois et par praticien pour forfait de base DoctoLib Agenda et 135 € par mois pour DoctoLib Médecin).

nouvelle utilisation des données de santé. Les données possédées par la Cnam doivent par ailleurs être enrichies par des données de contexte de vie, doivent pouvoir être mieux utilisées et le médecin traitant doit pouvoir recevoir plus d'informations utiles à des actes de prévention.

1 - Un cadre très protecteur en matière de données de santé

La France a toujours eu une position très protectrice des droits et des individus en matière d'informatique puis de numérique. L'article 8 et le chapitre IX de la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978²⁰² aborde précisément les contraintes sur les données relatives à la santé. Le code de la santé publique comprend de nombreux articles encadrant strictement les données de santé²⁰³. Le règlement européen sur la protection des données personnelles (RGPD) entré en application le 25 mai 2018 a donné une définition large des données de santé²⁰⁴. Cette sédimentation de lois protectrices depuis la loi fondatrice « Informatique et libertés » se traduit par une assez forte confiance des citoyens. Ainsi dans une étude faite pour la Mutualité française par un institut de sondages auprès de plus de 7 000 ressortissants des pays de l'Union européenne sur la place de la santé en Europe²⁰⁵, la France est le pays où le niveau de satisfaction quant à la protection des données de santé est le plus élevé : 71 % contre 70 % en Allemagne et en Italie, 62 % en Suède, 57 % en Pologne et 47 % en Grèce, pour une moyenne globale de 67 %.

2 - Une disponibilité accrue des données de santé qui permettra de se concentrer sur les personnes les plus à risques.

Le médecin traitant n'a pas aujourd'hui accès en pratique à toutes les informations concernant ses patients, notamment en terme de vaccination ou de tests. Lorsqu'une Cnam envoie des milliers de courriers de relance pour les tests du cancer colorectal, courrier pouvant être accompagné d'une relance téléphonique personnalisée, il n'existe pas de circuit direct pour avertir le médecin traitant. L'information ne se fait que via les URPS, CPTS ou les syndicats et de manière très générale. L'utilisation du numérique pourrait rendre cela beaucoup plus fluide. De même, les médecins traitants ne sont pas avertis des vaccinations faites par d'autres.

La Cnam ne peut non plus lancer des campagnes en croisant les facteurs de risques avec certaines données sociales (pouvant par exemple émaner de la localisation géographique), alors

²⁰² Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

²⁰³ Dispositions sur le secret (art. L. 1110-4 du CSP) ; Dispositions relatives aux référentiels de sécurité et d'interopérabilité des données de santé (art. L. 1110-4-1 du CSP) ; Dispositions sur l'hébergement des données de santé (art. L. 1111-8 et R. 1111-8-8 et s. du CSP) ; Dispositions sur la mise à disposition des données de santé (art. L. 1460-1 et s. du CSP) ; Interdiction de procéder à une cession ou à une exploitation commerciale des données de santé (art. L. 1111-8 du CSP, art. L. 4113-7 du CSP).

²⁰⁴ Selon la Cnil, la notion de données de santé intègre donc trois catégories de données : « (i) celles qui sont des données de santé par nature : antécédents médicaux, maladies, prestations de soins réalisés, résultats d'examens, traitements, handicap, etc. (ii) celles, qui du fait de leur croisement avec d'autres données, deviennent des données de santé en ce qu'elles permettent de tirer une conclusion sur l'état de santé ou le risque pour la santé d'une personne : croisement d'une mesure de poids avec d'autres données (nombre de pas, mesure des apports caloriques...), croisement de la tension avec la mesure de l'effort, etc. (iii) celles qui deviennent des données de santé en raison de leur destination, c'est-à-dire de l'utilisation qui en est faite au plan médical ».

²⁰⁵ Harris Interactive, Mutualité française, Place de la santé en Europe, mars 2019.

que les corrélations sont fortes. La question du ciblage des patients à la fois sur le plan social, des facteurs de risques et des pathologies diagnostiquées est pourtant cruciale du point de vue de la santé publique. Elle reste à un stade très expérimental en France. La Cnam a travaillé par exemple sur un programme de repérage précoce des patients diabétiques du type de celui qui existe aux États-Unis autour du diabète et des maladies cardiovasculaires (FinRisk). Il n'a cependant intégré qu'un millier d'assurés à ce stade parce qu'il se heurte à la très faible médicalisation des systèmes d'information de la Cnam. De plus, les informations clés au regard de la consommation tabagique, alcoolique, sur le poids et la taille (permettant de calculer l'IMC) font défaut pour pouvoir réaliser ce ciblage. Elles ne sont recueillies ni de façon ponctuelle ni en routine, en dehors d'initiatives personnelles de quelques médecins. Elles restent, dans tous les cas, cantonnées au cabinet du médecin et ne font l'objet d'aucune consolidation nationale (sous un format pseudonymisé) permettant de nourrir le pilotage et le ciblage des politiques publiques. Le repérage social des patients se fait quant à lui de façon très indirecte (assurés bénéficiaires de la complémentaire santé solidarité, indemnités journalières faibles, assurés en invalidité, etc.). Des recommandations existent cependant à destination des éditeurs de logiciels pour les cabinets de ville : identifiant seize informations clés pour cerner la situation sociale du patient²⁰⁶, elles sont restées lettres mortes.

La Cnam qui héberge les dossiers médicaux partagés (DMP) ne peut pas non plus utiliser les données du dossier pour émettre des messages spécifiques.

Cette problématique de l'exploitation maximale des données de santé va encore progresser avec la mise en place de l'Espace numérique de santé (ENS). Selon l'article L. 1111-13-1 du CSP, l'ENS intégrera les données administratives, le DMP, l'ensemble des données relatives au remboursement, des outils permettant des échanges sécurisés avec les acteurs du système de santé, dont une messagerie sécurisée, le cas échéant des données relatives à l'accueil et l'accompagnement assurés par les ESMS mais aussi des données très importantes en matière de prévention comme « *les constantes de santé éventuellement produites par des applications ou des objets connectés références en application du III ou toute autre donnée de santé utile à la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins* ». L'ENS comprendra aussi « *tout service numérique, notamment des services développés pour favoriser la prévention et fluidifier les parcours (...)* ». L'ENS, dont la généralisation est prévue en 2022, constitue donc potentiellement un fort progrès en terme d'outils de prévention par rapport au DMP, avec d'une part l'intégration des constantes de santé et d'autre part et surtout l'articulation avec des applications labellisées.

3 - Les potentialités révélées par le lutte contre l'épidémie de covid 19

La gestion de la crise a montré la force du numérique et notamment la capacité à envoyer des informations au médecin traitant. Ainsi la mise en place de Sidep (système d'information national de dépistage populationnel) à partir de mai 2020²⁰⁷, marque une triple rupture. En terme de rapidité, car ce système d'informations a été mis en place en quelques semaines. D'autre

²⁰⁶ Collège de médecine générale, « Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ? », 2014.

²⁰⁷ Créé par l'article 11 de la loi n 2020-546 du 11 mai 2020, Sidep a été opérationnel dès le 13 mai avec une montée en charge achevée fin mai le système d'informations des dépistages

part, il est unifié au niveau national : les 5 600 centres de prélèvements sont désormais connectés, au-delà des seuls laboratoires membres du réseau « 3 labo » (Cerba, Eurofins-Biomnis, Innovie et les laboratoires hospitaliers) préexistant. Enfin et surtout, le médecin traitant est tenu au courant du résultat alors même que les tests peuvent se faire sans prescription.

En février 2021, l'assurance maladie a créé le SI « Vaccin Covid ». Dans un premier temps, il était prévu que le médecin traitant déclaré d'un patient qui n'a pas participé au circuit vaccinal puisse être destinataire des données de santé, avec l'accord du patient. En juillet 2021, le Gouvernement a souhaité aller plus loin à travers un décret²⁰⁸ permettant aux médecins traitants de contacter leurs patients non vaccinés contre la covid 19 et en demandant à la Cnam de leur fournir la liste des patients non vaccinés. Le 7 juillet 2021, la Cnil a rendu un avis important, rappelant qu'en principe, elle n'est pas favorable à la constitution, pour les médecins, de listes de leurs patients non vaccinés. Elle estime cependant, que compte tenu du contexte, la liste pouvait être envoyée aux seuls médecins traitants en ayant fait la demande, ceux-ci devant s'engager à la détruire à l'issue de la campagne de sensibilisation. Le même décret prévoyait par ailleurs une possibilité de sollicitation directe par la Cnam, mais la Cnil a restreint cette possibilité aux seules personnes sans médecin traitant.

Si la Cnil a bien insisté dans ses différents avis sur le contexte exceptionnel de la pandémie et sur le caractère temporaire des autorisations²⁰⁹, la crise a fait apparaître l'intérêt d'une politique volontariste reposant sur l'utilisation des données. Un autre précédent peut être cité : celui de l'article 6 de la loi du 28 décembre 2015 sur l'adaptation de la société au vieillissement²¹⁰ autorise ainsi le croisement de données nominatives entre organismes de sécurité sociale afin de repérer les retraités en risque de perte d'autonomie.

Le débat sur l'utilisation des données n'est donc pas technique mais éthique et doit donc être mené dans le cadre d'une concertation citoyenne large.

C - Définir et recueillir les données utiles à l'évaluation de la prévention

Les données médicales ou sociales nécessaires pour cibler les populations clés font défaut également pour évaluer les politiques de prévention, et vérifier si elles atteignent bien leurs objectifs. L'outil statistique est un point de faiblesse pour le suivi de ces politiques. Le caractère très embryonnaire de la stratégie des données de santé en France, et en particulier pour celles utiles à la recherche et à l'évaluation en santé publique, en est la principale raison²¹¹.

²⁰⁸ Décret n° 2021-930 du 13 juillet 2021 modifiant le décret n° 2020-551 du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions et le décret n° 2020-1690 du 25 décembre 2020 autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel relatif aux vaccinations contre la covid 19

²⁰⁹ Voir notamment : « Point d'étape sur les activités de la Cnil dans le contexte de la covid-19 ». Le rôle du régulateur et les enjeux de la crise sanitaire en terme de protection des données. Rapport en séance plénière du 12 novembre 2020.

²¹⁰ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

²¹¹ Rapport de l'alliance Aviesan remis aux directeurs généraux de la Santé et de la Recherche et de l'Innovation en janvier 2019 : « En contribuant à l'observation et à l'évaluation, ils permettent de suivre les tendances et ainsi de contribuer à évaluer l'impact des actions et mesures, afin de guider les politiques publiques. Ainsi, l'analyse

1 - Les outils existants de recueil de données

Les outils existants (registres, cohortes, grandes enquêtes de santé) sont cloisonnés et évoluent sans vision stratégique d'ensemble, notamment en vue de l'organisation d'un recueil médicalisé et socialisé des données des soins primaires. La définition d'une politique des données de santé est encore en devenir, comme l'ont souligné à la fois le rapport Villani²¹² et le rapport de préfiguration de la création du *Health data Hub*²¹³ (*plateforme des données de santé*), mis en place à partir de la mi-2019.

À côté des financements, les données sont des ressources déterminantes pour la recherche en santé publique et l'évaluation des politiques et des actions de prévention. Trois catégories d'outils sont utilisées en France pour procéder à des travaux de recherche : les registres, les cohortes et les grandes enquêtes de santé²¹⁴ (GES). Leur pilotage reste très cloisonné et une vision stratégique sur les données de santé fait défaut.

Le recueil des données se fait aujourd'hui à partir des registres, des cohortes et des grandes enquêtes de santé selon des modes de fonctionnement très cloisonnés et sans vision stratégique. Les données de la médecine de ville ont commencé à être mobilisées à l'occasion de la crise épidémique de covid 19.

Les registres sont parmi ces trois modalités de recueil des données, les plus coûteux en termes de fonctionnement et les plus contraignants en termes de gestion des informations, dans la mesure où ils recueillent des données nominatives et exhaustives. Leur mission est d'assurer la surveillance épidémiologique des populations pour certaines pathologies ou sur certains territoires, notamment à des fins d'évaluation²¹⁵. Ils doivent donc être réservés à des pathologies bien précises, pour lesquelles il présente un intérêt démontré. Sur les 64 registres existants en 2017, 31 concernaient le cancer, sept les maladies neuro-cardio-vasculaires, 18 les maladies rares et les malformations congénitales (30 %), sept autres couvrent des événements comme les handicaps de l'enfant, les accidents de la route, et un dernier la sclérose en plaques. Au total, 20 % de la population française est ainsi couverte par un registre à un titre ou à un autre. Près de 60 % des registres concernent les trois grandes pathologies prises en considération dans cette enquête. Une réflexion stratégique a été menée en janvier 2019²¹⁶ et concluait entre autres à la

du taux de survie permet d'évaluer l'ensemble des actions menées, depuis la prévention, jusqu'à la fin de la prise en charge, voire du suivi à long terme des individus ».

²¹² Cédric Villani, rapport au Premier ministre, « *Donner un sens à l'intelligence artificielle : pour une stratégie nationale et européenne* », mars 2018.

²¹³ *Health Data Hub*, mission de préfiguration, Marc Cuggia (CHU de Rennes), Dominique Polton (INDS), Gilles Wainrib (Owkin) rapportée par Stéphanie Combes (Drees).

²¹⁴ Les grandes enquêtes de santé recouvrent de nombreuses catégories : baromètres santé, études cas témoins, études transversales.

²¹⁵ Réflexion stratégique concernant les registres de morbidité Rapport de l'alliance Aviesan remis aux directeurs généraux de la Santé et de la Recherche et de l'Innovation, janvier 2019 : « *Un registre est un recueil continu et exhaustif de données nominatives intéressant un ou plusieurs événements de santé dans une population géographiquement définie, à des fins de surveillance, de recherche et d'évaluation en santé publique, par une équipe ayant les compétences appropriées* ».

²¹⁶ Réflexion stratégique concernant les registres de morbidité Rapport de l'alliance Aviesan remis aux directeurs généraux de la Santé et de la Recherche et de l'Innovation, janvier 2019

nécessité de redéfinir les fonctions des registres, qui ne sauraient être illimitées, et de les articuler avec les autres bases²¹⁷.

Les cohortes constituent un deuxième instrument de référence de la recherche en santé publique. À la différence des registres, elles ne visent pas à recenser toutes les personnes atteintes par une même pathologie, mais à suivre dans le temps un échantillon statistiquement significatif. Constituées d'un ensemble de personnes suivies individuellement dans le temps de façon prospective ou rétrospective, elles visent à repérer la survenue d'événements de santé d'intérêt et des facteurs de risque ou de protection s'y rapportant²¹⁸. L'Inserm assure la promotion de près de 70 cohortes, souvent centrées sur une pathologie. Seize ont pour objet l'étude épidémiologique de certaines populations clés²¹⁹. Les autres cohortes ont un contenu de prévention plus ou moins affirmé.

L'exemple de la cohorte Constances (cf. *infra*) met en évidence les enjeux de financements de long terme (plusieurs décennies) de tels équipements de recherche, qui sont spécifiques à la santé publique : la mesure de l'impact de certains actes de prévention se réalisant sur plusieurs années voire décennies (tabagisme, vaccination HPV par exemple). Il souligne également la question centrale de l'appariement des bases de données. Celle-ci a été acceptée par 97 % des participants à la cohorte, attestant d'une grande acceptabilité par la population dès lors que la démarche de recherche se place dans une perspective de recherche en santé publique.

Les GES²²⁰ constituent le troisième outil de recueil des données. Elles sont menées depuis 1992 de manière récurrente, avec des fréquences variables, en général de cinq ans. Il n'existe pas de recensement exhaustif des baromètres et enquêtes existantes, en dehors de celles menées par Santé publique France, qui sont passées de 12 thèmes en 2012 à 20. Elles sont prises initiées par la Drees ou Santé publique France qui les prend en charge en fonctionnement.

Un quatrième outil pourtant essentiel fait défaut : alors qu'elles sont au cœur de la prévention et des soins primaires, les données issues des actes et consultations de ville (médecins généralistes, biologistes, radiologues) ne sont pas recueillies, et encore moins consolidées et traitées à des fins d'évaluation des mesures décidées en matière de santé publique ou de recherche. L'Inserm avait dès 2013 relevé l'intérêt de disposer des données émanant des laboratoires de biologie, des centres de radiologies et des cabinets de ville²²¹.

²¹⁷ *Idem.*

²¹⁸ L'Inserm en donne la définition suivante : « Constituées d'un ensemble de personnes suivies individuellement dans le temps, les cohortes visent à identifier la survenue d'événements de santé d'intérêt et des facteurs de risque ou de protection s'y rapportant ».

²¹⁹ « Un premier pas en ce sens a été accompli avec le soutien à 16 grandes cohortes épidémiologiques dans le cadre des Investissements d'Avenir et la possibilité d'une mutualisation des aspects communs à ces cohortes »

²²⁰ Selon le site de Santé publique France, les grandes enquêtes de santé peuvent être définies ainsi : « (...) ces enquêtes répétées visent à suivre les principaux comportements, attitudes et perceptions liés aux prises de risques et à l'état de santé de la population résidant en France : tabagisme, alcoolisation, consommations de drogues illicites, pratiques vaccinales, comportement sexuel, dépistage des cancers, pratique d'une activité physique, nutrition, qualité de vie, sommeil, accidents, douleur, consommation de soins, santé mentale etc. Ce dispositif d'enquêtes permet une surveillance conjointe de la perception des risques et des comportements de santé ».

²²¹ Contribution de l'Institut thématique multi-organismes de santé publique à la Stratégie nationale de recherche, Aviesan, Inserm, mai 2013 « Il faut développer les nouveaux outils technologiques permettant d'alléger au

2 - Une vision stratégique intégrée et un pilotage à renforcer

Le pilotage des registres, cohortes et grandes enquêtes de santé est globalement trop cloisonné et fragmenté. La définition d'une stratégie et la désignation d'un pilote en charge de la déclinaison de celle-ci, parmi les directions centrales et opérateurs publics de la santé et de la recherche, font à ce jour défaut.

Chaque outil dispose d'un organe de pilotage différent, regroupant plus ou moins les mêmes acteurs, sans vision d'ensemble et sans cohérence des financements.

Les registres ont été créés sous une forme généralement associative, depuis le début des années 70. Un comité national des registres (CNR), placé auprès de la direction générale de la santé, a été mis en place entre 1986 et 2013, date à laquelle il a été supprimé au titre de mesures de simplification, mais immédiatement recréé au niveau de l'Inserm et de l'InVS (intégré dans SPF en 2016), avec un comité d'évaluation des registres (CER) et comité stratégique des registres (CSR). Ce dernier comprend la direction générale de la recherche et de l'innovation, la direction générale de la santé, Santé publique France, la direction générale de l'offre de soins, l'Inserm et l'Inca.

Les grandes enquêtes de santé ne disposent pas de gouvernance propre : elles sont gérées par les structures qui les réalisent pour l'essentiel : la Drees et Santé publique France. Dans son rapport de 2013, l'Inserm voyait une piste d'efficience dans la recherche d'une plus grande coordination des enquêtes externalisées par les différents ministères, opérateurs, nationaux ou régionaux, et notamment par la création d'une plateforme unique, à l'instar de ce qui se pratique dans les pays anglo-saxon, chargée de gérer les questions de méthodes, de conformité juridique et de traitement bio-statistique, chaque entité gardant l'initiative en opportunité de son enquête²²².

Dans le prolongement de cette absence de pilotage, les sources de financements de ces bases de données de santé sont très hétérogènes, et les moyens sont reconduits de façon historique : crédits d'État, plan investissement d'avenir (certaines cohortes ont été considérées comme des grands équipements : Equipex ou Infrastructures), crédits de l'assurance maladie provenant de trois fonds (FLCA, FNPEIS, FIR), recettes Merri des établissements de santé, ou encore fonds privés. Un peu plus de 11 M€ étaient consacrés en 2017 aux seuls registres dont notamment une subvention de Santé publique France (2,2 M€), une subvention de l'Inca

maximum les contraintes de la collecte d'information pour les participants aux enquêtes (capteurs passifs, accéléromètres...). La collecte de prélèvements biologiques et l'interface avec l'épigénétique, la métabolomique, la protéomique, l'analyse du microbiote, les ressources bioinformatiques représentent des enjeux majeurs pour pouvoir aborder la biologie de système et son évolution au cours de la vie, d'un état adapté à la pathologie ».

²²² Contribution de l'Institut thématique multi-organismes de santé publique à la Stratégie nationale de recherche, Aviesan, Inserm, mai 2013 : « Elle permettrait par exemple de constituer une enquête santé en population générale qui se déroulerait « en continu » (vagues successives de collectes) telle qu'il en existe dans plusieurs pays anglo-saxons et ceci à coût constant, voire à moindre coût pour les pouvoirs publics. La constitution d'une telle plateforme a potentiellement de multiples avantages : économies d'échelle et synergies; plus grande réactivité à des demandes urgentes; mise en commun et capitalisation de l'expertise méthodologique; interrogation d'échantillons de population plus importants, et donc possibilité d'étudier des sous-populations spécifiques; fourniture régulière d'indicateurs sur les comportements de santé et suivi en temps réel de leur évolution ».

(4,3 M€), des recettes relatives aux missions d'enseignement de recherche, de référence et d'innovation (Merri), gérées par la DGOS et versées aux établissements de santé (4,1 M€), ou encore des crédits de l'Inserm (0,5 M€²²³). La plupart des financements ne sont pas liés à l'évaluation des registres et les documents budgétaires retraçant les dépenses consacrées à la prévention n'en font qu'une présentation parcellaire.

Il n'existe pas non plus de doctrine d'emploi ni de méthode commune de conception de ces différents outils. La création d'un registre ou d'une cohorte procède de volontés locales des différents acteurs sans lien avec la stratégie des pouvoirs publics et des enjeux de santé publique. La question du regroupement de certains registres se pose pour les grandes thématiques, et la pertinence scientifique d'autres d'entre eux devrait être interrogée. Si certains registres peuvent apparaître comme redondants, l'absence de registre pour le diabète interroge, alors que cette pathologie dans ses deux formes (type 1 et type 2) concerne 3,9 millions de personnes et 0,7 million de personnes non-diagnostiquées, même s'il existe un échantillon témoin (Entred 2) avec un effectif de patients faible. Si les registres du cancer se sont rapidement dotés d'une structure (Francim²²⁴) garantissant la qualité et la fiabilité des données recueillies, les aspects méthodologiques et de conformité informatique sont plus incertains dans les autres registres. Chaque grande pathologie ne dispose pas nécessairement d'une cohorte labellisée. Celles-ci ne sont pas articulées entre elles, ni avec les registres, ni encore avec les grandes enquêtes de santé. De ce fait, la mesure des multi-morbidités, souvent associées à des inégalités sociales et déterminantes en matière de prévention et de soins primaires n'est pas assurée. Enfin, les données minimales communes à tous les registres ou à toutes les cohortes, quel que soient les pathologies, n'ont pas été définies, la Drees jouant simplement un rôle informel de coordination en matière d'enquêtes en santé pour éviter les redondances.

L'appariement des bases entre elles, ou avec d'autres bases (Sniiram, CépiDC, PMSI, données sociales Insee, etc.) est par ailleurs déterminante pour assurer l'évaluation des politiques de prévention mais reste encore à un stade embryonnaire. Elle devrait se développer avec la mise en place du *Heath Data Hub*. La Drees a commencé à développer des travaux dans ce sens avec la création d'un échantillon national permettant de mieux appréhender les inégalités sociales. Elle a mené des travaux pour enrichir les bases médico-administratives (Sniiram, PMSI, CépiDC²²⁵, etc.) avec des informations sociales individuelles. Des appariements ont été ainsi opérés avec l'échantillon démographique permanent de l'Insee (EDP) et les données de santé du SNDS. L'EDP apparie des sources sociales (revenus fiscaux, enquêtes de recensements, état civil, fichiers électoraux, données sociales) et 4 % de la population participe à l'échantillon (soit 4 millions de personnes). Un sur-échantillonnage a été effectué pour les territoires d'outre-mer, ce qui permettra de disposer de résultats à l'échelle de chacun d'entre eux. Cet outil est ainsi bien plus puissant et fiable que les seules grandes enquêtes de santé.

²²³ Ce montant ne représente que la subvention directe aux registres ; en coût complet selon l'Inserm il serait compris entre « 1,5 et 2 M€ ».

²²⁴ Le réseau Francim a été créé en 1997 et est localisée dans le service de bio-statistique des Hospices Civils de Lyon.

²²⁵ Les données de ce dernier s'arrêtent néanmoins à l'année 2016.

Comme le relève l’Inserm à propos des registres, la notion de *Fair data*²²⁶ (données trouvables, accessibles, interopérables et réutilisables), devient un standard incontournable, facilité par l’émergence d’un nombre d’interconnections possibles entre différentes bases. Les règles pour collecter, stocker et partager les nombreuses données du système de santé français doivent en conséquence être définies rapidement. Les mises à niveaux qui en découlent doivent être initiées et pilotées pour chacune des bases car leurs logiciels de conception sont souvent anciens.

Aucune instance à caractère interministériel n’assure un pilotage d’ensemble des politiques et outils nécessaires pour suivre et évaluer les politiques de prévention. Ces données sont en grande partie les mêmes que celles qui pourraient permettre de mieux cibler également les populations auprès desquelles les interventions de prévention doivent être renforcées. Les modalités de financement doivent être mieux organisées et homogénéisées.

²²⁶ Réflexion stratégique concernant les registres de morbidité, rapport de l’alliance Aviesan remis aux directeurs généraux de la Santé et de la Recherche et de l’Innovation, janvier 2019.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Seule une action plus déterminée sur les trois facteurs de risque communs aux grandes pathologies chroniques permettra de porter un coup d'arrêt à la dynamique défavorable de leur incidence en France.

- 8. Promouvoir une harmonisation par le haut de la fiscalité des prix de toutes les catégories de tabac au niveau européen. Durcir le régime des sanctions des infractions à l'interdiction de la vente aux mineurs par les buralistes et en assurer le contrôle effectif. Poursuivre la hausse du prix du tabac, notamment sous la forme d'une augmentation forte sur le tabac à rouler (MSS, Minefi).*
- 9. Relancer la lutte contre les consommations nocives d'alcool : élaborer un plan national sur l'alcool, agir sur les prix (relever les taxes et préparer les conditions de fixation d'un prix minimum) et l'accès au produit, mieux encadrer la publicité, développer le repérage précoce (DGS, Minefi).*
- 10. Fixer, par la voie législative, des taux maxima de sucre, de sel et de gras dans la composition des aliments industriels, interdire la publicité dans le secteur de l'audiovisuel et du numérique pour certains aliments, faire du Nutri-Score une référence obligatoire en matière d'alimentation industrielle (MSS, Minefi).*

*

**

Cette action sur les facteurs de risque doit être complétée par une stratégie de prévention tout au long de la vie au travers de recommandation à mettre en œuvre par les professionnels de santé et partagée avec les populations éligibles à cette prévention. À l'instar de ce que le Royaume-Uni a développé, chaque contact du patient avec le système de santé doit être l'occasion de mener une action de prévention.

- 11. Établir une recommandation, actualisée chaque année, sur les actes de prévention (dépistage, vaccination, surveillance des facteurs de risques) que le médecin généraliste doit proposer tout au long de la vie à ses patients et en assurer la promotion auprès des professionnels et du public (MSS, HAS).*

*

**

La faiblesse de l'outil statistique en matière de santé publique est une limite importante au déploiement des actions de prévention, à leur ciblage qui est le préalable à leur efficience, mais aussi à l'évaluation de celles-ci. Il s'agit d'une faiblesse majeure dont le constat est récurrent. Il faut à la fois saisir les opportunités offertes par la numérisation de la santé et définir une stratégie précise en matière de données pertinentes à recueillir.

- 12. Intégrer dans la feuille de route « Accélérer le virage numérique en santé » des objectifs de développement des usages et des pratiques de façon à mieux prévenir les maladies chroniques (MSS, Cnam).*

13. Engager une réflexion et un débat public (MSS, Cnam) :

- sur les données sociales et médicales utiles au ciblage des actions de prévention
- sur l'utilité et la faisabilité, tant technique que juridique, de la transmission par la Cnam aux médecins traitants d'informations concernant leur patient en matière de prévention, en intégrant notamment les critères géographiques et sociaux.

14. Arrêter dans le cadre du Comité interministériel pour la santé (CIS) une stratégie en matière de définition et de recueil des données de santé nécessaires à la recherche en santé publique et à l'évaluation des politiques publiques de prévention. Préciser dans cette stratégie les modalités de pilotage et de mise en cohérence des différents outils utiles à ce recueil, et la manière dont ils sont financés. Cette stratégie doit préciser la nécessité d'un partage des données de santé, dans le respect de la réglementation et des droits des citoyens, en y conditionnant les financements publics (MSS, MESRI, Cnam).

Conclusion générale

La France présente des résultats médiocres en matière de prévention des principales pathologies. Cette situation, qui nous place fréquemment dans une position défavorable au regard de pays comparables et qui s'accompagne de fortes inégalités sociales et territoriales, ne trouve pas son origine dans l'insuffisance de l'effort financier qui serait consacré à la prévention, mais dans d'autres raisons, plus profondes : des hésitations politiques persistantes dans la lutte contre les facteurs de risques, une organisation des soins primaires et un mode d'exercice professionnel et de rémunération peu favorables à une politique de prévention continue et efficace (on soigne des maladies, on n'accompagne pas une personne dans son parcours de vie et de soins), la faiblesse de la culture de santé publique dans notre pays (avec des réticences à imposer des démarches perçues comme attentatoires à la liberté des personnes et à opérer des différenciations ou ciblage dans les politiques publiques).

Ces constats faits par la Cour des Comptes permettent de répondre aux questions évaluatives posées dans le cadre de cette évaluation de politique publique :

- une efficience et une efficacité limitées des actions de prévention sur les trois grandes pathologies chroniques, par comparaison avec les résultats obtenus par les pays comparables, par exemple en termes de dépistages, de vaccination, de promotion de la santé ou de lutte contre les facteurs de risque associés à ces pathologies ;
- une pertinence des actions de promotion de la santé qui n'est pas suffisamment fondée sur les preuves, malgré le développement récent d'actions évaluées comme probantes ou prometteuses ;
- le maintien d'inégalités sociales et territoriales quant à l'accès à des dispositifs de prévention, qui ne sont pas suffisamment ciblés à partir des données épidémiologiques et de celles de l'assurance maladie ;
- un impact finalement réduit sur la santé de la population, faute d'une implication suffisante des professionnels de santé et d'une doctrine forte sur les actes de prévention à réaliser tout au long de la vie, ainsi que d'une sous-utilisation des outils numériques.

Des évolutions récentes ont cependant vu le jour : l'action entreprise – mais aujourd'hui ralentie – en matière de tabac a porté ses fruits, la structuration et la formalisation de la politique de prévention ont progressé, des formes nouvelles d'exercice de la médecine favorables à la prévention commencent à apparaître et à se développer, même si c'est encore à la marge.

La crise de la covid 19 a révélé le rôle majeur joué par les grandes pathologies sur la mortalité des personnes présentant des comorbidités et mis en lumière l'importance d'agir sur les facteurs de risque. Elle est aussi susceptible de modifier assez profondément la situation actuelle en offrant la possibilité d'accélérer les changements nécessaires : les médecins ont mieux réalisé que les soins relevaient d'un exercice collectif, le principe d'« *aller vers* » le patient a cessé d'être un slogan pour se décliner en actions concrètes, y compris en matière de vaccination, l'assurance maladie s'est engagée et imposée comme acteur majeur dans la mise en œuvre des politiques de santé publique. À cet égard, sous l'angle de la prévention des grandes pathologies, la crise apparaît également comme une opportunité pour accélérer des évolutions indispensables de notre système de santé.

Liste des abréviations

ACI.....	Accord conventionnel interprofessionnel
ACS.....	Aide au paiement d'une complémentaire santé
ADF.....	Association des départements de France
AMF.....	Association des maires de France
AMO.....	Assurance maladie obligatoire
AMC.....	Assurance maladie complémentaire
ANPAA.....	Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ANS.....	Agence nationale du numérique en santé
Anses.....	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSM.....	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ANSP.....	Agence nationale de santé publique (ou Santé publique France)
API.....	Alcoolisation ponctuelle intensive
ARS.....	Agence régionale de santé
Asip Santé.....	Agence des systèmes d'information partagés de santé
AT-MP.....	Accident du travail – maladies professionnelles
ATIH.....	Agence technique de l'information hospitalière
AVC.....	Accident vasculaire cérébral
Aviesan.....	Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé
BEH.....	Bulletin épidémiologique hebdomadaire
Capi.....	Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
CCAM.....	Classification commune des actes médicaux
CCMSA.....	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CDPS.....	Centre délocalisé de prévention et de soins
CEC.....	Comité d'évaluation et de contrôle
CéPIDC.....	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CER.....	Comité d'évaluation des registres
CES.....	Centres d'examen de santé (assurance maladie)
Cese.....	Conseil économique social et environnemental
CESPHARM.....	Comité d'éducation sanitaire et sociale de la pharmacie française
CETAF.....	Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'examens de Santé
CFES.....	Comité français pour l'éducation à la santé
CHU.....	Centre hospitalier universitaire
CIRE.....	Cellule d'intervention en région
CISSS.....	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIS.....	Comité interministériel pour la santé
CIUSS.....	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CLCC	Centres de lutte contre le cancer
CLCS.....	Centre local de services communautaire
CMU.....	Couverture maladie universelle
CMU-C.....	Couverture maladie universelle - complémentaire
Cnam	Caisse nationale d'Assurance maladie
Cnil.....	Commission nationale informatique et liberté
Cnom.....	Conseil national de l'ordre des médecins
Cnop.....	Conseil national de l'ordre des pharmaciens
CNS.....	Conférence nationale de santé
CNR	Comité national des registres
Codes.....	Comité départemental d'éducation à la santé
COG	Convention d'objectifs et de gestion
Cpam	Caisse primaire d'assurance maladie
Cpom.....	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS	Communauté professionnelle de territoire de santé
CQP.....	Certificat de qualification professionnelle
CRCDC	Centre régional de coordination des dépistages du cancer
Cres	Comité régional pour l'éducation à la santé
CRSA	Conférence régionale de santé et de l'autonomie
CSBM.....	Consommation de soins et de biens médicaux
CSMF	Confédération des syndicats de médecins français
CSP.....	Code de la santé publique
CSR.....	Comité stratégique des registres
CSS.....	Code de la sécurité sociale
CSS.....	Complémentaire santé solidaire
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CTV.....	Comité technique des vaccinations (jusqu'en 2016 au HCSP)
CTV.....	Commission technique des vaccinations (depuis 2017 à la HAS)
DALY.....	Disability Adjusted Life Years
DCS.....	Dépense courante de santé
DCSi.....	Dépense courante de santé (au sens international)
DGOS.....	Direction générale de l'offre de soins
DGS.....	Direction générale de la santé
DGT	Direction générale du travail
Direccte	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DMP	Dossier médical partagé
DNS.....	Direction du numérique en santé
DP.....	Dossier Pharmaceutique
DPC.....	Développement professionnel continu
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS	Direction de la Sécurité sociale
EDP	Échantillon démographique permanent

EHESP.....	École des hautes études en santé publique
ENNS	Étude nationale nutrition santé
ENS	Espace numérique en santé
ENTRED	Échantillon National Témoin Représentatif des personnes Diabétiques
EPCI	Établissement public de coopération intercommunale
Eprus	Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires
EPS.....	Examen prévention santé
ESMS	Établissements sociaux et médico-sociaux
ETP.....	Équivalent temps plein
ETP.....	Éducation thérapeutique du patient
FIR	Fonds d'intervention régional
FHF	Fédération Hospitalière de France
FLCA	Fonds de lutte contre les addictions
FLT.....	Fonds de lutte contre le tabac
FMT	Forfait médecin traitant
FNES	Fédération nationale pour l'éducation à la santé
FNPEIS	Fonds nationale de prévention d'éducation et d'information sanitaire
FPATMP	Fonds de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
FPMT	Forfait patientèle du médecin traitant
Francim	Réseau des registres du cancer en France
Gafam.....	Google Apple Facebook Amazon Microsoft
GBD	Global Burden of Diseases
GCS.....	Groupement de coopération sanitaire
GES	Grandes enquêtes de santé
GIE	Groupement d'intérêt économique
GIP	Groupement d'intérêt public
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GRADES.....	Groupement régional d'appui au développement à la e-santé
HAS.....	Haute Autorité de santé
HATVP	Haute Autorité de transparence de la vie publique
Hcaam	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie
HCSP.....	Haut Conseil de la santé publique
HDH.....	Health Data Hub
HPST	Hôpital patient santé territoire (loi du 21 juillet 2009)
HPV.....	Human papillomavirus (virus humain du papillomavirus)
Ifop	Institut français d'opinion publique
Igas	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
IHME	Institute for healths metrics and evaluation
IMC	Indice de masse corporelle
Inca.....	Institut national du cancer
Inpes	Institut national pour le promotion et l'éducation à la santé

Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm.....	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IPA	Infirmière de pratiques avancées
IpVS	International papillomavirus society
Irdes.....	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
Ireps.....	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
IRESP	Institut de recherche en santé publique
IRCT.....	Insuffisance Rénale Chronique Terminale
ITMO	Institut thématique multi-organique
InVS	Institut de veille sanitaire
LF	Loi de finance
LFSS.....	Loi de financement de la sécurité sociale
LMSS	Loi de modernisation de notre système de santé (loi du 26 janvier 2016)
LPPR	Liste des produits et prestations remboursables
Merri.....	Mission d'enseignement de recherche de référence et d'innovation
MECC	Making every contact counts
Migac	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
Mildeca.....	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
Minefi.....	Ministère de l'économie et des finances
MPA	Majoration personne âgée
MSP.....	Maison de santé pluri-professionnelle
MSS.....	Ministère de la santé et des solidarités
NABM.....	Nomenclature des actes de biologie médicale
NCV	Neuro-cardio-vasculaire
NGAP.....	Nomenclature des actes professionnels
Ocas.....	Objets connectés et applications de santé
OCDE.....	Organisation de la coopération et du développement économique
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la santé
Ondam.....	Objectif national de dépense de l'assurance maladie
OPPBTP	Office public de prévention du bâtiment et des travaux publics
OQALI	Observatoire de la qualité des aliments
ORS.....	Observatoire régionale de santé
Paca	Provence-Alpes-Côte d'Azur
Paces.....	Première année commune aux études de santé
PAP	Programme annuel de performance
Peps	Païement en équipe de professionnels de santé en ville
Pfidass	Plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé
PIA	Programme d'investissement d'avenir
PIB	Produit intérieur brut
PHE	Public health England
PHRC	Programme hospitalier de recherche clinique

Planir	Plan local d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures
PLFSS	Projet de loi de financement de la Sécurité sociale
PMSI	Programme médicalisé des systèmes d'information
PNNS	Plan national nutrition santé
PNRT	Plan national de réduction des risques
PNSP	Plan national de santé publique
PNSE	Plan national santé environnement
PPP	Plan priorité prévention
Prado	Programme de retour à domicile
PRS.....	Projet régional de santé
Ralfss.....	Rapport annuel sur les lois de financement de la sécurité sociale
RAP	Rapport annuel de performance
RGPD	Règlement général sur les données personnelles
RMT	Rémunération médecin traitant
Rosp	Rémunération sur objectifs de santé publique
RPIB.....	Repérage précoce et intervention brève
RSE	Responsabilité sociale des entreprises
SFSP	Société française de santé publique
SFMT	Société française de médecine du travail
Sidep.....	Système d'information national de dépistage populationnel
Sniiram	Système national d'information inter-régime de l'assurance maladie
SNDS	Système national des données de santé
SNS	Stratégie nationale de santé
SPF	Santé publique France (agence nationale de santé publique)
SSA	Service de santé des armées
SST.....	Service de santé au travail
SVT	Sciences et vie de la terre
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
UNPS	Union nationale des professions de santé
Unicancer	Fédération des centres de lutte contre le cancer
URPS.....	Union régionale des professions de santé
Ursic	Unité de réanimation et de soins intensifs continus
VIH.....	Virus de l'immunodéficience humaine

Annexes

Annexe n° 1 : échange de courrier avec l'Assemblée Nationale.....	134
Annexe n° 2 : recommandations sur les facteurs de risques émises par la Cour des comptes dans ses précédents rapports sur le tabac, l'alcool et l'obésité	137
Annexe n° 3 : données de mortalité prématurée.....	140
Annexe n° 4 : la révolution de l'e-santé pour la prévention, le diagnostic et la prise en charge des addictions	142

Annexe n° 1 : échange de courrier avec l'Assemblée Nationale

Cour des comptes

KCC D1903482 KZZ
13/11/2019

Le 13 NOV. 2019

Le Premier président

Monsieur le Président,

Par courrier en date du 31 octobre dernier, vous m'avez fait part des demandes d'enquêtes du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques pour l'année 2021 en application de l'article L. 132-6 du code des juridictions financières.

Je vous confirme que la Cour conduira les deux travaux d'évaluation que vous lui avez demandés.

L'enquête sur *Les politiques de prévention en santé publique* sera conduite par la sixième chambre, présidée par Denis Morin. Elle examinera l'organisation et les résultats obtenus pour les principales pathologies.

L'enquête sur *Les opérateurs de l'Etat* sera conduite par la première chambre, présidée par Christian Charpy. Elle se concentrera sur les relations entre l'Etat et ses opérateurs.

Les deux enquêtes vous seront remises à la fin du mois de février 2021.

Les présidents de chambre concernés se tiennent à la disposition des rapporteurs désignés par le CEC afin de préciser le champ et l'approche retenus. Je vous propose que ces précisions fassent ensuite l'objet d'un échange de courriers entre nous.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma haute considération.

Respectueusement.

Didier Migaud

Monsieur Richard Ferrand
Président de l'Assemblée nationale
Assemblée nationale
126 rue de l'Université
75355 PARIS SP 07

Cour des comptes

KCC D2000993 KZZ
02/07/2020

Le 11 - JUIL. 2020

Le Premier président

Monsieur le Président,

Par courrier en date du 31 octobre 2019 au Premier président Didier Migaud, vous avez fait part de deux demandes d'enquêtes du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques, en application de l'article L. 132-6 du code des juridictions financières. Ces demandes portaient respectivement sur les politiques de prévention en santé publique et sur les opérateurs de l'État.

Dans son courrier du 13 novembre 2019, mon prédécesseur vous a confirmé que la Cour réaliserait ces deux enquêtes. La première devait vous être remise en janvier 2021 et la seconde en novembre 2020.

Toutefois, comme Mme Michèle Pappalardo, Rapporteuse générale de la Cour, vous l'a indiqué dans son courriel du 27 avril 2020, la crise sanitaire nous contraint à décaler la remise de ces deux enquêtes. En effet, bien que la Cour se soit organisée pour continuer à travailler normalement, le confinement et la forte sollicitation des services, en particulier dans le domaine de la santé, compliquent la contradiction, voire l'instruction des enquêtes, en la privant de certains de ses interlocuteurs.

Le rapport présentant le décalage le plus important est celui sur la **prévention en santé publique**.

En effet, débutée en janvier 2020, avec l'envoi de questionnaires et la préparation d'une consultation citoyenne, cette évaluation est actuellement en suspens depuis la mi-mars du fait de l'épidémie de Covid-19, du confinement et de l'indisponibilité des administrations et des opérateurs qui en a résulté, situation qui n'a pas encore pu entièrement s'améliorer avec le déconfinement. Par ailleurs, à l'automne, les rapporteurs seront mobilisés par la préparation du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale d'octobre 2021, prévu par les articles LO. 132-3 du code des juridictions financières et LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, que la Cour doit transmettre au Parlement avant le dépôt du projet de loi de financement de la sécurité sociale. L'impossibilité d'utiliser le « créneau » du premier semestre 2020 conduit donc à retarder la remise du rapport d'environ une année.

Monsieur Richard Ferrand
Président de l'Assemblée nationale
Assemblée nationale
126 rue de l'Université
75355 PARIS SP 07

Le 25 mai 2020, M. Denis Morin, président de la sixième chambre, et M. François de la Gueronnière, président de section, se sont entretenus par visioconférence avec les rapporteurs du CEC, Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe et M. Régis Juanico. À cette occasion, il a été convenu que le rapport serait transmis **fin 2021**, divers documents d'étape devant être préalablement communiqués aux rapporteurs. Une première note, en janvier 2021, présentera les premiers constats nationaux et le retour de la consultation citoyenne ; en avril 2021, une seconde note synthétisera les résultats des investigations en région et des comparaisons internationales ; enfin, en juillet 2021, un avant-projet de rapport indiquera notamment les recommandations envisagées.

Dans le cas du rapport sur **les opérateurs de l'État**, le décalage serait moins important. La remise, initialement prévue en novembre 2020, aurait lieu au plus tard en **janvier 2021**. En effet, l'instruction a dû être suspendue pendant deux mois faute d'interlocuteurs. Nous nous efforcerons toutefois de réduire ce retard dans la mesure du possible.

Vous remerciant de votre compréhension, je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma haute considération.

Pier Opiculent,

Pierre Moscovici

Pierre Moscovici

Annexe n° 2 : recommandations sur les facteurs de risques émises par la Cour des comptes dans ses précédents rapports sur le tabac, l'alcool et l'obésité

Recommandations concernant la lutte contre le tabagisme: une politique à consolider (février 2016) :

1. affiner la mesure des incidences des mouvements de prix sur les ventes hors réseau et mesurer les effets du paquet neutre sur la consommation ;
2. mettre en œuvre dans la durée une politique de relèvement soutenu des prix en usant de l'outil fiscal à un niveau suffisant pour provoquer une baisse effective et durable de la consommation ;
3. mobiliser de manière coordonnée, et en suscitant la création de réseaux, l'ensemble des différents professionnels de santé sur la prévention du tabagisme et l'aide à l'arrêt du tabac.

Recommandations concernant les consommations nocives d'alcool (juin 2016) :

1. élaborer un programme national de réduction des consommations nocives d'alcool assorti des indicateurs adéquats, et définissant les modalités d'un pilotage efficace au niveau national et local. Procéder à son évaluation périodique, selon une méthode internationalement reconnue et la rendre publique ;
2. mettre en place une politique pluriannuelle de recherche sur l'alcool (fondamentale, translationnelle, clinique, en santé publique et en sciences sociales) en privilégiant les travaux interdisciplinaires et les collaborations internationales ;
3. adapter les messages en direction des consommateurs à risque au vu des résultats des travaux sur les repères de consommation et des recherches en cours sur les fractions attribuables à l'alcool de la morbi-mortalité ;
4. développer les actions de prévention et de communication vers les publics les plus fragiles (jeunes, femmes enceintes en vue de prévenir le syndrome d'alcoolisation fœtale, personnes en difficulté) ; dans ce cadre, accorder une attention particulière à la prévention des violences faites aux femmes ;
5. supprimer, en recourant à la loi, pour le vin, la bière, le cidre et le poiré l'autorisation d'introduction et de consommation sur le lieu de travail actuellement prévue par le code du travail et renvoyer aux règlements intérieurs des entreprises les conditions de mise en œuvre et les dérogations applicables ;
6. développer la détection et le suivi des consommateurs à risque selon la procédure codifiée du repérage précoce et de l'intervention brève (RPIB) dans la démarche médicale. À cet effet, renforcer la formation initiale et continue à l'addictologie, associer davantage les personnels infirmiers dans la mise en œuvre du RPIB et systématiser le repérage de la présence d'alcool lors des admissions aux urgences ou en établissement de santé ;
7. relever les droits d'accise sur l'ensemble des boissons alcoolisées afin de contribuer à réduire les consommations à risque ;

8. préparer la mise en place d'un prix minimum de l'unité d'alcool pur contenu dans chaque boisson, compatible avec le droit européen, pour réduire la consommation des personnes dépendantes ;

9. appliquer à tous les supports numériques (internet et réseaux sociaux) les restrictions de publicité en faveur des boissons alcooliques, conformément à l'arrêt de la Cour de cassation du 3 juillet 2013 ;

10. étendre les règles de formation applicables aux établissements de vente sur place à toutes autres formes de vente de boissons alcoolisées et instituer un recueil national numérisé des demandes de licences permanentes et temporaires, consultable par les forces de sécurité ;

11. accroître la probabilité des contrôles et des sanctions immédiates : en ayant recours à un seul appareil portatif homologué de mesure de l'alcoolémie contraventionnelle et délictuelle ; en augmentant le montant des amendes forfaitaires pour conduite en état d'alcoolisation jusqu'à la classe 5 ; en appliquant le régime de sanctions contraventionnelles immédiates jusqu'à une alcoolémie de 1,2 g par litre de sang.

Recommandation sur l'obésité (2019)

Ce rapport récent n'a pas fait l'objet d'un suivi des recommandations en raison de la crise épidémique.

1. réaliser, dans le cadre de l'enquête nationale sur la nutrition prévue à l'issue du PNNS 4, des analyses régionales ; prévoir, également dans le cadre du PNNS 4, des enquêtes spécifiques aux DOM. Définir une périodicité plus rapprochée des études nationales et régionales ainsi que des études menées en milieu scolaire (DGS, SPF, Drees, DGESCO) ;

2. renforcer la coordination intersectorielle de la politique nutritionnelle au niveau régional sous l'autorité conjointe des préfets de région et des DG d'ARS (SGMAS, ARS, préfets) ;

3. adopter des taux maximaux de sel, de sucre et de gras dans la composition nutritionnelle des aliments, déterminés au terme d'une concertation avec les industriels ayant participé aux accords collectifs et aux engagements volontaires antérieurs (DGAL, DGS) ;

4. élargir le champ d'application de la loi *Gattolin* pour les produits alimentaires et par référence au Nutri-Score à tous les programmes et à toutes les chaînes audiovisuelles du secteur privé en précisant, pour le secteur public comme pour le secteur privé, et pour tous les supports audiovisuels et numériques, les horaires des émissions, les tranches d'âges, et les aliments à exclure de la publicité (DGS, DGAL, CSA) ;

5. inciter les associations de consommateurs ou d'intérêt général à partager gratuitement et avec le public des bases de données labellisées par Santé publique France permettant d'éclairer le choix du consommateur sur la qualité nutritionnelle des aliments (DGCCRF, DGS, DGAL, SPF).

6. étendre le champ de l'exercice infirmier de pratique avancée à la prise en charge de l'obésité (DGOS, DSS, Cnam) ;

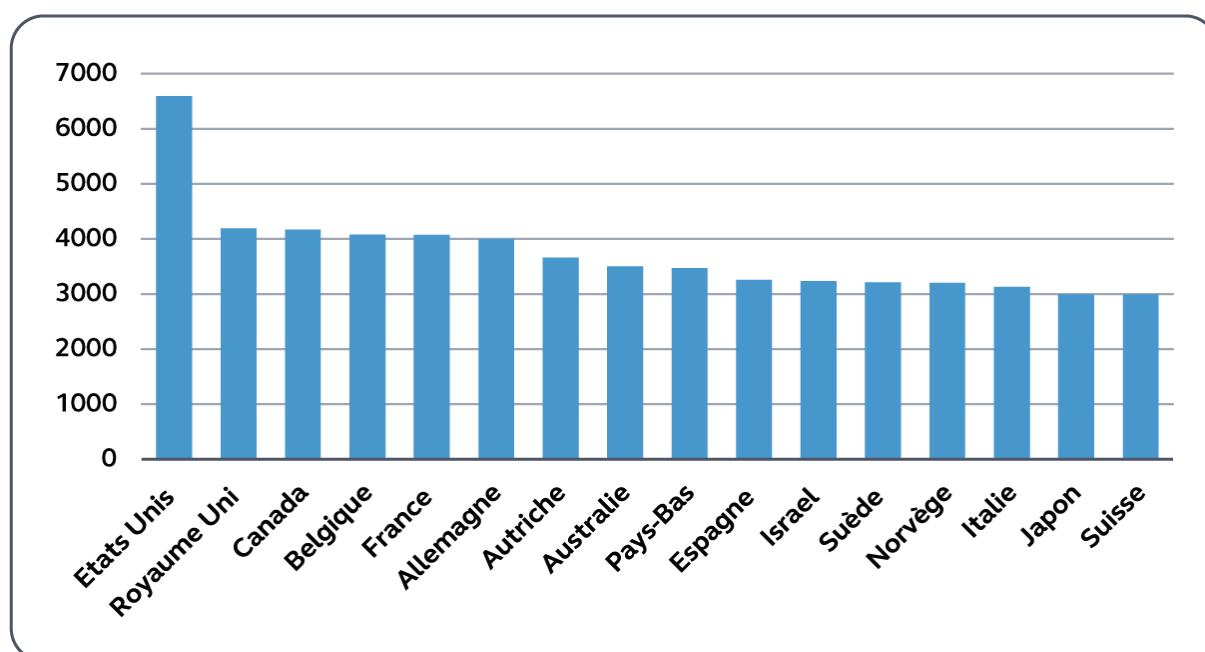
7. organiser, sans attendre la fin des expérimentations, la prise en charge au parcours des enfants atteints de surpoids et de ceux atteints d'obésité sévère, incluant des consultations de diététicien et de psychologue ainsi que des bilans d'activité physique (DGOS, DGS, DSS, Cnam) ;

8. mettre en place pour les adultes atteints d'obésité sévère une expérimentation nationale de prise en charge au parcours incluant des consultations de diététicien et de psychologue ainsi qu'un bilan d'activité physique destiné à une orientation.

Annexe n° 3 : données de mortalité prématurée

La France se situe dans une position médiocre en ce qui concerne la mortalité prématurée toutes causes confondues, selon l'indicateur du nombre d'années de vie perdues potentielles avant 69 ans pour 100 000 habitants, c'est-à-dire la somme des écarts entre l'âge au moment du décès et celui qui aurait pu être atteint conformément à l'espérance de vie moyenne d'une population, pour tous les individus de cette même population. En 2018, celui-ci était évalué pour la France à 4 067. La Suisse réalise la meilleure performance avec 2 990 (26,5 % de moins que la France).

Graphique n° 5 : années de vie potentielle perdues avant 69 ans pour 100 000 habitants



Source : OCDE

Selon les données de l'OCDE en 2017, 60 % des décès prématurés dans l'OCDE (1,8 million sur 3 millions de décès) pourraient être évités, dont 32 % liés à des cancers et 19 % à de maladies cardiovasculaires. L'OCDE a calculé un indice de mortalité sur des causes évitables qui situe la France dans une position plutôt intermédiaire avec un résultat de 106 décès pour 100 000 habitants pour une moyenne de l'OCDE (36 pays) à 133. La France se situe devant le Royaume Uni (120), l'Allemagne (119) mais derrière la Suède et l'Espagne (93), l'Italie (88), le Japon (87), l'Australie et Israël (72).

Le tableau ci-après reprend une définition légèrement différente qui retient les décès avant 65 ans, comme pouvant être qualifiés de prématurés.

Tableau n° 7 : indice de mortalité prématurée calculé par l’Insee sur la période 2011 – 2013

<i>Mortalité pour 100 000 habitants</i>	Femmes	Hommes
2020 (p)	124	240
2019 (p)	123	235
2018 (p)	125	241
2017	125	244
2016	124	249
2015	125	255
2014	125	252
2013	128	262
2012	129	270
2011	131	275

Source : Insee, publication au 21 février 2021

Note : les chiffres sur 2020 incluent les décès liés à covid 19, ce qui explique le rebond

Annexe n° 4 : la révolution de l'e-santé pour la prévention, le diagnostic et la prise en charge des addictions

Jean-Pierre Thierry et Michel Reynaud, Rapport pour la Mildéca, 2019.

Les 10 recommandations clés :

1. Créer une « *Task force* » Addictions et e-Santé
2. Accélérer le développement de plateformes nationales et régionales comprenant des informations, des outils d'évaluation et des espaces communautaires interactifs (site Web et applications traitant des données non-nominatives) y compris pour les entreprises et les mutuelles. Former et recruter des préventeurs, psychologues et patients experts pour l'animation de services en ligne (site web de niveau 2, applications mobiles, communautés de pairs et forum ayant à traiter des données nominatives ou à risque de réidentification).
3. Encourager le développement de contenus s'adressant aux adolescents et jeunes adultes en associant des jeunes formés dans la réduction des risques et des dommages (site web de niveau 1 et 2, applications mobiles, communauté de pairs et forum). Capitaliser sur les initiatives et réalisations existantes (ex : Fil santé jeune, Avenir Santé, Plus belle la nuit...).
4. Définir un cadre pour le développement, la sélection et l'intégration d'applications mobiles dédiées afin de créer une bibliothèque d'applications validées et de référence à disposition des promoteurs de plateformes et de solutions numériques.
5. En relation avec la Cnamts et les différentes parties prenantes, étudier les conditions de développement des prises en charge en addictologie grâce à une nouvelle tarification des échanges à distances avec des psychologues et des patients experts.
6. Inciter au développement des téléconsultations dans les addictions et reconnaître une ALD pour les addictions sévères. Développer des plateformes (niveau 3) pour la prise en charge médicalisée, la gestion des données nominatives et recours à des applications et objets connectés et définir les conditions d'usages du DMP et du futur Espace Numérique de Santé pour l'amélioration de la prévention, du repérage et de la prise en charge des addictions (tabac et alcool).
7. Identifier deux ou trois régions sanitaires pilotes pour l'expérimentation d'une intégration territoriale de la e-Santé pour l'amélioration de la qualité de la coordination des soins et du parcours des patients bénéficiant de l'appui des GRADeS - Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-Santé (Plateforme de niveau 4 : télésanté, parcours de soins, dossier de coordination, gestion des rendez-vous, gestion des objets connectés)
8. Favoriser le développement et la reconnaissance du rôle des patients experts pour l'information des aidants, l'éducation thérapeutique et l'animation des plateformes et solutions intégrées spécialisées dans les addictions.
9. Créer un observatoire des stratégies de communication numérique susceptibles de favoriser les conduites addictives et ciblant notamment les plus jeunes. Cet observatoire sera également chargé de coordonner les stratégies numériques susceptibles de contrer ces incitations.
10. Favoriser la recherche dans le domaine des addictions reposant sur l'analyse des données populationnelle et comportementales (en relation avec le *Health Data Hub*). Favoriser le développement de la recherche dans le cadre des Instituts interdisciplinaires d'intelligence artificielle (3IA) en tenant compte du potentiel de la santé mobile, des *chatbots*, des jeux sérieux et de la réalité virtuelle.