

# La prévention en santé, les nouveaux impératifs

NOTE D'ENJEUX - SEPTEMBRE 2023



*Think tank* de référence en France et en Europe, l'Institut Montaigne est un espace de réflexion indépendant au service de l'intérêt général. Ses travaux prennent en compte les grands déterminants économiques, sociétaux, technologiques, environnementaux et géopolitiques afin de proposer des études et des débats sur les politiques publiques françaises et européennes. Il se situe à la confluence de la réflexion et de l'action, des idées et de la décision.

NOTE D'ENJEUX - Septembre 2023

## La prévention en santé, les nouveaux impératifs



*Les notes d'enjeux de l'Institut Montaigne posent des constats et identifient des problématiques sur des sujets stratégiques afin d'ouvrir le débat public.*



Nous sommes à un moment charnière pour notre système de santé : l'hôpital (crises dans les services d'urgences, gestion post-pandémique, pénurie de soignants dans plusieurs spécialités médicales, nombreux *burn out*) comme la ville (accroissement des déserts médicaux et du nombre de patients sans médecin traitant, grève des médecins libéraux faute d'accord avec l'Assurance maladie) traversent des difficultés inédites qui se cumulent et se renforcent. Notre système de santé, tel qu'il a été conçu au siècle dernier, montre ses limites et met en lumière **une organisation qui participe au mal-être des soignants et ne répond plus aux besoins de santé des Français.**

**Alors quel modèle de santé voulons-nous pour sauver notre système de soins ?** La prévention est l'exigence de base pour la réorganisation de celui-ci. Elle appelle à plusieurs réflexions concernant notamment la gouvernance du système, le financement de l'innovation thérapeutique et diagnostique (indispensables pour améliorer le dépistage et le diagnostic précoces comme les prises en charge médicales), l'accès et la permanence des soins mais aussi la soutenabilité de notre modèle social et solidaire. La prévention exige aussi des dirigeants politiques une approche programmatique, de l'anticipation, et une longueur de vue qui ont manqué dans la gestion de nos politiques de santé ces dernières années.

Pour que la prévention soit une réussite, cela implique la mobilisation de nouveaux acteurs, au-delà du seul soin, de nouveaux outils comptables, permettant un réel investissement dans la prévention, mais aussi un portage politique fort. Ces impératifs reposent sur une **approche globale de la santé, qui tienne compte de l'ensemble des déterminants de santé, de l'environnement de vie aux facteurs socio-économiques.**

L'Institut Montaigne, après plusieurs travaux sur la prévention – *Santé mentale : faire face à la crise* (2020), *Bien-vieillir : faire mûrir nos ambitions* (2021), *Santé : faire le pari des territoires* (2022) et *Soins ambulatoire et à*

*domicile : un virage essentiel* (2023) – a développé plusieurs propositions opérationnelles<sup>1</sup> qui visent à promouvoir de **nouvelles organisations des parcours de soins par une approche populationnelle des risques de santé**. Cette note d'enjeux sur la prévention a pour objectif de repositionner l'Institut Montaigne sur la prévention au sens large, de l'action publique au quotidien des patients. Elle rappelle un certain nombre de constats sur le déploiement de la prévention en France et les difficultés rencontrées, mais appelle également à construire **une réelle ambition politique**.

<sup>1</sup> Dans la note *Santé 2022 : tout un programme*, l'Institut Montaigne insiste particulièrement sur l'importance d'améliorer la détection des troubles psychiques par la mise en place, sur le modèle des plans cancer, d'un grand Plan santé mentale coordonné par un opérateur de l'État. Une autre proposition concerne la médecine de premiers recours, à laquelle des moyens doivent être alloués pour mieux intégrer la prise en charge de la santé mentale et renforcer la formation des médecins généralistes en ce sens. Concernant le bien-vieillir, la note proposait d'intégrer aux parcours de soins des temps dédiés à la prévention de la perte d'autonomie en créant une visite de prévention dédiée au bien-vieillir à intervalle régulier ; en proposant un parcours de prévention spécifique pour les nouveaux retraités les plus modestes ; en incitant financièrement à la prévention les professionnels.

Synopsis .....	5
Introduction .....	10
<b>1 Une stratégie préventive amorcée mais encore insuffisante</b> .....	14
<b>1.1.</b> Un système de soins historiquement construit autour d'une approche curative et hospitalo-centrée .....	14
<b>1.2.</b> Des réformes progressives pour intégrer la prévention .....	15
<b>1.3.</b> Une déclinaison opérationnelle à construire sur le terrain .....	18
<b>2 Des acteurs de santé aujourd'hui dispersés et peu coordonnés</b> .....	19
<b>2.1.</b> Au niveau national : une stratégie nationale de santé publique qui reste à définir .....	19
<b>2.2.</b> Au niveau local : des objectifs à imaginer selon la réalité du terrain .....	23
<b>2.3.</b> À tous les niveaux, le soutien majeur des nouvelles technologies .....	26

<b>3</b>	<b>Une gouvernance qui ne permet plus de faire face aux enjeux de santé préventive</b> .....	27
	3.1. Des dépenses de santé et de prévention complexes à appréhender .....	27
	3.2. Des outils budgétaires qui limitent l'approche prospective et de long terme .....	29
<b>4</b>	<b>Les résultats insuffisants des programmes de prévention interrogent la méthode</b> .....	33
	4.1. Des campagnes de prévention qui peinent à cibler les publics les plus à risque .....	33
	4.2. Des actions de prévention qui prennent insuffisamment en compte l'ensemble des déterminants de santé .....	36
	<b>Conclusion</b> .....	39

## Laure Millet

---

Laure Millet est expert associé de l'Institut Montaigne après avoir dirigé le Programme Santé puis le Pôle Cohésion sociale de l'Institut.

Membre de la Chaire Santé de Sciences Po Paris, titulaire du Harkness Fellowship du Commonwealth Fund, elle est aujourd'hui basée à l'Université de New York au sein du Langone Hospital. Elle est également rattachée au Bipartisan Policy Center, *think tank* américain spécialiste des politiques publiques en santé. Ses travaux portent sur les parcours de soins et les dispositifs de télésurveillance médicale.

Le 1<sup>er</sup> janvier 1946, René Arthaud<sup>2</sup>, ministre de la Santé publique, annonçait dans un discours la nécessité pour la France d'avoir une politique de santé publique et de prévention : « *Après cette guerre (...), le but essentiel de mon ministère est de restaurer la santé de la nation française (...). Cette œuvre immédiate et salutaire doit s'insérer dans le cadre d'un plan (...). Il s'agit de développer la prévention, car mieux vaut prévenir que guérir, et dépister la maladie doit être notre première préoccupation* ».

Depuis 1946, plusieurs réformes ont cherché à réorganiser notre système de soins afin de le rendre plus performant en matière de prévention et d'anticipation des risques en santé. Ces dernières années, des actions gouvernementales ont particulièrement visé la mise en œuvre de programmes de prévention spécifiques. En 2016, la loi Santé avait pour objectif d'apporter les réformes à même de répondre aux défis du vieillissement et de l'explosion des maladies chroniques. La stratégie nationale de santé, annoncée en 2017 pour la période 2018-2022, a intégré une vingtaine d'indicateurs en promouvant une **approche interministérielle et transversale**.

En 2023, où en sommes-nous ? Chaque année, 140 000 personnes sont touchées par un cancer dit évitable<sup>3</sup> et on estime que plus de 40 % des cancers sont attribués aux **modes de vie et aux facteurs environnementaux**<sup>4</sup>. De nombreux décès sont imputables à des **conduites à risque pour la santé** : 75 000 décès annuels sont liés à la consommation de tabac et 41 000 à l'alcool<sup>5</sup>. Selon une étude menée en 2020<sup>6</sup>,

<sup>2</sup> Extrait du *discours du ministre de la Santé publique sur la nécessité d'une politique de santé publique*, Fresques INA.

<sup>3</sup> On compte au total plus de 380 000 nouveaux cancers par an selon l'Institut national du cancer, 2018.

<sup>4</sup> Institut national du cancer, « *L'Institut national du cancer rappelle les conseils de prévention face aux principaux facteurs de risque évitables de cancers* », 15 juillet 2020.

<sup>5</sup> Santé publique France, « *Alcool et « bonne santé », une association paradoxale dénoncée dans la nouvelle campagne de Santé publique France* », 9 janvier 2023.

<sup>6</sup> Anne Fontbonne et al., « *Prevalence of overweight and obesity in France: the 2020 Obeppi-Roche Study by the Ligue contre l'Obésité* », *Journal of Clinical Medicine*, 2020, 12, 925.

47 % des Français ont un poids trop élevé par rapport aux recommandations médicales et 17 % seraient obèses. Dans le même temps, moins de 60 % des Français observent une activité physique soutenue. Par ailleurs, la France montre un **taux de dépistage**, notamment dans le cancer, particulièrement bas : seulement 22 %<sup>7</sup> des femmes éligibles ont effectué un dépistage du cancer du col de l'utérus contre une moyenne de 50 % dans l'Union européenne.

Dans le même temps, les dispositifs de lutte contre le tabagisme (mise en place du paquet neutre depuis 2017, hausse du prix, mois sans tabac), contre la consommation excessive d'alcool (campagne annuelle autour du *Dry January*), contre l'obésité ou le sédentarisme (lancement du site [mangerbouger.fr](http://mangerbouger.fr), affichage du Nutriscore) se multiplient et les Français sont invités de plus en plus régulièrement à se faire dépister contre certaines maladies. Pourtant, force est de constater que **de nombreuses pathologies poursuivent leur progression** : entre 2015 et 2021, la Caisse nationale de l'Assurance maladie a recensé 568 400 patients supplémentaires atteints de diabète, 419 600 de maladies psychiatriques et 648 900 de maladies cardio-vasculaires<sup>8</sup>, symbole de notre difficulté à les prévenir efficacement malgré la croissance démographique.

Ces éléments sont d'autant plus alarmants dans un contexte où **la population française vieillit et où de nombreux patients cumulent plusieurs pathologies chroniques**<sup>9</sup> : d'après l'Insee, la France compte près de 13,5 millions de seniors âgés de 65 ans ou plus, soit 20 % de la population française. En 2030, les plus de 65 ans seront plus nombreux que les moins de 20 ans. Par ailleurs, 40 % de la population française de plus de 16 ans souffre d'une maladie chronique et 25 % est atteinte d'au

<sup>7</sup> International Agency for Research on Cancer, *Cancer screening in the European Union. Report on the implementation of the Council recommendation on cancer screening*, 2017.

<sup>8</sup> Assurance maladie, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2024, Rapport charges et produits pour 2023, juillet 2023*.

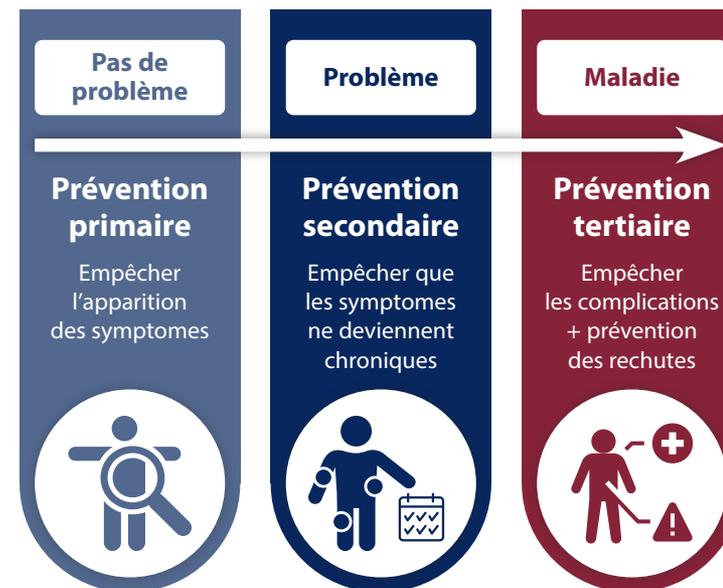
<sup>9</sup> Institut Montaigne, *Soins ambulatoires à domicile : un virage essentiel*, février 2023.

moins deux maladies chroniques. Ces chiffres montrent **la difficulté des pouvoirs publics, année après année, à mettre en place une politique de prévention efficace** (l'OCDE estime à 2% la part des dépenses de prévention dans les dépenses totales de santé en France) et à promouvoir des comportements limitant les risques pour la santé.

La prévention désigne l'ensemble des **actions menées** notamment par les pouvoirs publics et les professionnels de santé, et les **attitudes et comportements** suivis par les individus qui tendent à **éviter le développement de certains symptômes, traumatismes et la survenue de maladies**, afin de maintenir ou d'améliorer la santé d'une population. La prévention revêt plusieurs formes ; selon la Haute Autorité de Santé, on distingue habituellement la **prévention primaire** qui agit en amont de la maladie, avec la vaccination et les différentes actions sur les facteurs de risque, la **prévention secondaire** qui agit à un stade précoce de l'évolution de la maladie à travers les dépistages, et la **prévention tertiaire** qui agit sur les complications et les risques de récurrence.

À travers ces trois types de prévention, on comprend que **la promotion de la santé va bien au-delà des soins et que le défaut ou l'absence de prévention n'est pas seulement un échec du système de soins mais un défi plus global pour les pouvoirs publics de parvenir à créer une société plus saine**. En effet, la prévention primaire ne relève pas uniquement du système de santé, elle est liée notamment à l'hygiène de vie, à l'alimentation, alors que les préventions secondaire et tertiaire sont directement du ressort médical. Il convient donc de mobiliser les bons acteurs et les bons leviers à chaque étape :

### Les différentes préventions



Source : Organisation mondiale de la Santé, 2015.

# 1 Une stratégie préventive amorcée mais encore insuffisante

## 1.1 UN SYSTÈME DE SOINS HISTORIQUEMENT CONSTRUIT AUTOUR D'UNE APPROCHE CURATIVE ET HOSPITALO-CENTRÉE

Notre système de soins, depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale et la naissance de la Sécurité sociale, est largement fondé sur une **approche curative**. Jusqu'à la Révolution en 1789, c'est l'Église catholique qui prenait en charge les malades dans ses hospices. La Révolution et la philosophie des Lumières font évoluer le modèle de santé français et placent l'assistance aux personnes comme un devoir qui incombe à l'État<sup>10</sup>. Dès le 18<sup>e</sup> siècle, une approche curative du système de santé voit le jour<sup>11</sup>, les ancêtres des hôpitaux apparaissent pour prendre en charge les malades. Cette approche s'accroît lors de la construction de la Sécurité sociale à partir de 1945. **Le système de santé français se construit alors autour du suivi des patients symptomatiques.**

Dans cette logique curative, qui est symbolisée par la réforme hospitalo-universitaire de 1958, **l'hôpital est placé au cœur du système de santé** avec la création des centres hospitalo-universitaires (CHU) et la création des Professeurs universitaires - Praticiens hospitaliers (PU-PH). Ce modèle de prise en charge hospitalo-centré était conforme aux besoins des années 1950-1970, période durant laquelle les maladies infectieuses, qui nécessitent des soins aigus, dominaient. Notre système de santé a ainsi été pensé pour des prises en charge courtes et pour un objectif de guérison relativement rapide. Cette organisation a permis d'améliorer la qualité des soins et **d'accroître significativement l'espérance de vie des Français** à la naissance : en 1960 l'espérance de vie des femmes était de 73,6 ans et de 67 ans pour les hommes, en 2020 elle est passée

<sup>10</sup> Philippe Marin, « *La lente maturation du système de santé en France* », *Manuel de Santé Publique*, 2020, p. 231-256.

<sup>11</sup> *Ibid.*

à 85,3 ans pour les femmes et 79,2 pour les hommes, selon l'Insee. **Ainsi, notre système de santé et de protection sociale, fondé et orienté pour répondre à une problématique de soins aigus principalement délivrés à l'hôpital, se retrouve sous tension du fait de la croissance des maladies chroniques, accentuée par le vieillissement démographique**<sup>12</sup>. En 2030, les plus de 65 ans seront plus nombreux que les moins de 20 ans et actuellement 40 % de la population française de plus de 16 ans souffre d'au moins une maladie chronique.

Dans un tel contexte, il semble nécessaire de faire évoluer notre système de santé vers une meilleure anticipation des risques et ne pas se cantonner à leur traitement. **L'épidémiologie** peut nous y aider : cette discipline scientifique étudie les problèmes de santé dans les populations humaines, leur fréquence, leur distribution dans le temps et dans l'espace, ainsi que les facteurs exerçant une influence sur la santé et les maladies d'une population donnée. L'objectif est bien d'étudier les problèmes de santé pour **anticiper et éviter la survenue de certaines pathologies et limiter leur retentissement sur le quotidien des malades**<sup>13</sup>. De nouveaux outils de santé publique et de nouvelles organisations des soins doivent être imaginés afin de permettre l'adoption de mesures tant individuelles que collectives, nécessaires à une politique de prévention efficace<sup>14</sup>.

## 1.2. DES RÉFORMES PROGRESSIVES POUR INTÉGRER LA PRÉVENTION

Ces dernières années, plusieurs actions gouvernementales ont permis progressivement de mettre la prévention au cœur de l'action publique en santé. En 2016, la loi de modernisation de notre système de santé, dite « loi Santé » avait pour objectif d'apporter les réformes capables de « *répondre aux défis du vieillissement des populations, du développement*

<sup>12</sup> *Ibid.*

<sup>13</sup> Institut Montaigne, *Bien-vieillir: faire mûrir nos ambitions*, 2021.

<sup>14</sup> Sénat, *Construire la Sécurité sociale écologique du 21<sup>e</sup> siècle*, Rapport d'information n° 594, 2021-2022.

des maladies chroniques et de la persistance des inégalités devant les soins ». Dans cette optique, elle s'appuyait sur quatre piliers, dont la prévention. Outre des mesures sur le tabac, l'alcool, la toxicomanie et l'obésité, la loi a tenté de **remettre à plat la gouvernance de la prévention** par la création de Santé publique France<sup>15</sup>. La Stratégie nationale de santé (SNS) annoncée en 2017 pour la période 2018-2022 qui en découlait a intégré une vingtaine d'indicateurs<sup>16</sup> en promouvant une **approche interministérielle et transversale**. À la suite de la SNS, le gouvernement a adopté le Plan National de Santé Publique – Priorité Prévention (PNSP) en mars 2018 lors d'un comité interministériel. L'adoption de ce plan d'orientation exprimait la volonté de faire de la prévention un élément central dans l'amélioration de la santé<sup>17</sup>. Le PNSP a dressé près de 200 actions sur les déterminants de la santé<sup>18</sup>, **sans pour autant prévoir une articulation précise avec les autres plans existants** tel que le Plan logement, le Plan national de réduction du tabagisme, le Plan santé travail ou le Plan cancer, comme l'indique la Cour des comptes dans un rapport de 2021<sup>19</sup>.

La Direction de la recherche, des études et de l'évaluation et des statistiques (Drees) en a dressé un bilan en juin 2022<sup>20</sup>. Elle constate que le PNSP et le SNS sont cohérents, le PNSP permettant de décliner des objectifs opérationnels découlant des objectifs du SNS. Mais la Drees regrette que la SNS n'ait pas fait l'objet d'un suivi régulier, à l'inverse de la PNSP dont **le suivi ministériel a permis des mises à jour et des priorisations**

<sup>15</sup> [Article 166 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.](#)

<sup>16</sup> Les 20 indicateurs sont déclinés à travers 4 axes : mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charges au bénéfice de la population, innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens. [Voir le site de la Drees.](#)

<sup>17</sup> Haut Conseil de la Santé Publique, [Avis du 14 mars 2019.](#)

<sup>18</sup> Ces actions se répartissent selon 4 périodes de la vie : une grossesse en pleine santé et les 1 000 premiers jours garants de la suite, la santé des enfants et des jeunes, la santé des adultes de 25 à 65 ans, le bien vieillir et la prévention de la perte de l'autonomie.

<sup>19</sup> Cour des comptes, *La politique de prévention en santé*, novembre 2021.

<sup>20</sup> Drees, [Évaluation de la stratégie nationale de santé 2018-2022](#), juin 2022.

**annuelles**. Par ailleurs, le manque d'objectifs communs a rendu difficile l'application nationale et régionale des actions prévues. Surtout, le PNSP ne prévoyait **pas de chiffrage des objectifs, ni de calendriers pluriannuels, ce qui a limité sa visibilité, sa projection et la mesure de son impact sur la santé publique**.

D'autres pays ont mis en place des programmes de prévention assortis d'objectifs précis de santé publique, par pathologie. Le **Royaume-Uni** suit par exemple, à travers le *National Health Service*, des objectifs chiffrés en matière de lutte contre certaines maladies ou comportements à risque comme le sevrage tabagique, la prévention du diabète par la réduction de l'obésité et la réduction des hospitalisations pour cause de pollution atmosphérique, grâce à la réduction de la pollution de l'air. Ainsi, le *NHS Long Term Plan* vise une réduction par deux de l'obésité infantile d'ici à 2030<sup>21</sup> ou la prévention de 150 000 AVC et crises cardiaques durant les dix prochaines années<sup>22</sup>. Le NHS précise que pour atteindre ces objectifs, **un meilleur soutien aux patients, soignants et bénévoles dans le secteur social est nécessaire afin d'améliorer l'autogestion des patients** et limiter in fine le recours aux urgences ou aux services de soins primaires. En **Australie**, le *Long Term National Health Plan*<sup>23</sup> prévoit une stratégie décennale autour de quatre principaux axes que sont la santé mentale, l'accès aux médicaments, le soutien à l'innovation et le soutien au secteur hospitalier avec des enveloppes dédiées. Cette stratégie de long terme permet de mieux prendre en compte la prévention, dont les résultats s'apprécient dans le temps long.

<sup>21</sup> NHS, [« NHS Long Term Plan - Obesity », 2018.](#)

<sup>22</sup> NHS, [« NHS Long Term Plan to tackle major killing conditions and save up to half a million lives », janvier 2019.](#)

<sup>23</sup> Ministère de la Santé d'Australie, [« Australia's long-term national health plan », août 2019.](#)

### 1.3. UNE DÉCLINAISON OPÉRATIONNELLE À CONSTRUIRE SUR LE TERRAIN

En 2022, le ministère de la Santé s'est vu fixer de nouveaux objectifs en matière de prévention en étant renommé ministère de la Santé et de la Prévention. Pour affirmer cette nouvelle ambition, le gouvernement a annoncé des **consultations à trois âges de la vie** : à 25 ans, pour « faire le point sur les vaccins, l'activité physique, d'éventuelles addictions ou difficultés liées au début de la vie professionnelle », à 45 ans pour « faire un bilan sur l'activité physique, d'éventuels troubles de la santé mentale et les dépistages » et 65 ans pour « la prévention de la perte d'autonomie, le dépistage des cancers et de toutes les maladies qui peuvent être prévenues » avec une dimension psychologique liée au départ à la retraite<sup>24</sup>. On notera qu'aucune consultation n'est prévue vers 75 ans, un âge pourtant charnière pour les risques de fragilité<sup>25</sup>. Par ailleurs, la déclinaison opérationnelle sur le terrain, notamment par les professionnels de santé en charge de ces consultations, n'a pas encore été précisée.

Des initiatives portées par des élus émergent, à l'instar de la feuille de route stratégique 2023-2027 pour la prévention en santé<sup>26</sup>. Elle a pour objectif de **proposer une politique de prévention coordonnée et systémique**. Pour cela, une coalition d'acteurs se réunit régulièrement afin de proposer une politique ciblée autour de trois lieux de vie : les jeunes (à l'école) pour améliorer la capacité des enfants à devenir acteurs de leur santé ; les actifs (sur leur lieu de travail) pour promouvoir la santé au travail et prendre en compte la santé des travailleurs ; les personnes âgées au-delà de 60 ans (à domicile) pour détecter les risques de perte d'autonomie. Les auteurs de la feuille de route rappellent par ailleurs la nécessité de structurer la politique de prévention de manière systémique.

<sup>24</sup> « Des consultations médicales gratuites aux trois âges clés de la vie », site du Gouvernement, septembre 2022.

<sup>25</sup> *Bien-vieillir* : « Une loi sur l'autonomie donnerait une direction stratégique claire », *Le Monde*, 12 juillet 2023.

<sup>26</sup> Cyrille Issac-Sibille, Franck Chauvin, Xavier Iacovelli. *Feuille de route 2023-2027 prévention en santé, issues des contributions et ateliers*, avril 2023.

Pour cela, une **loi de programmation pluriannuelle de santé publique, incluant la prévention, paraît essentielle**. La nécessité d'une gouvernance plus lisible est également évoquée, tout comme la mise en place d'indicateurs d'évaluation de la politique de prévention.

## 2 Des acteurs de santé aujourd'hui dispersés et peu coordonnés

Les acteurs en charge de la prévention en France sont nombreux, de même que ceux de la gouvernance en santé plus globalement. Il existe à la fois des organismes nationaux, régionaux, départementaux et des parties prenantes chargées de légiférer, de superviser, d'organiser, de financer, de représenter l'État, d'accompagner les professionnels de santé, de les former, etc.

### 2.1. AU NIVEAU NATIONAL : UNE STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE QUI RESTE À DÉFINIR

L'**Assurance maladie** supervise la prise en charge des dépenses de santé des assurés et garantit l'accès aux soins. Elle est originellement tournée vers le malade et moins vers la santé publique des citoyens au sens large. Cela se manifeste tout d'abord à travers son nom. Elle s'inscrit dans une logique d'assurance face à la maladie et non d'assurance en faveur de la santé. Cela s'illustre également par une appréciation budgétaire qui intègre mal les notions d'investissements et de long-terme, en témoigne l'appellation des rapports annuels en « Charges et produits »<sup>27</sup>.

<sup>27</sup> *Assurance maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2024*, juillet 2023.

L'Assurance maladie souhaite désormais se positionner de manière plus significative sur les questions de prévention. Depuis 2022, les parties du rapport Charges et Produits dédiées à l'approche « Pathologie » ainsi qu'à l'approche « Populationnelle » illustrent cette évolution.

Le financement des établissements de santé et des médecins dépend, depuis la création de l'Assurance maladie, des soins réalisés. Dans les années 1970, les hôpitaux sont rémunérés en fonction du nombre et de la durée des hospitalisations des patients. Le financement évolue dans les années 1980 avec la dotation globale, qui fixe une enveloppe de dépenses *a priori* pour chaque hôpital<sup>28</sup>. À partir de 2004, la tarification à l'activité voit le jour et les établissements de santé sont rémunérés selon la mesure de leur activité effective<sup>29</sup>. À l'instar des établissements de santé, les médecins libéraux sont également rémunérés à l'acte. Le financement de l'Assurance maladie est, depuis 1945, inscrit dans une **logique curative et volumétrique**.

**Pour développer une politique de prévention, une réforme de la tarification est en cours, afin de promouvoir des financements au parcours ou au forfait, capables de promouvoir une approche plus globale et qualitative des parcours de soins. Le paiement au forfait** pour un ensemble d'actes ou de services réalisés par un ou plusieurs professionnels de santé incitent ceux-ci à se coordonner et se partager le forfait, à l'aune de la participation de chacun des praticiens autour de la prise en charge et du suivi d'un patient.

La coordination et la coopération des acteurs sont centrales en matière de prévention. Au-delà de l'Assurance maladie dans son rôle de payeur, d'autres structures ont un rôle de premier plan pour promouvoir la prévention. Il s'agit notamment de la **médecine du travail et de la médecine scolaire**, qui permettent une démarche « d'aller vers ».

L'article L. 4622-33 du code du travail décrit le rôle de la médecine du travail, qui 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

<sup>28</sup> Vie Publique, « *Entre T2A et ONDAM, quel financement pour l'hôpital ?* », septembre 2022.

<sup>29</sup> Vie Publique, « *Soins hospitaliers : T2A et autres modes de financement* », novembre 2022.

présente de nombreux avantages : la visite d'information et de prévention impose théoriquement aux salariés la rencontre avec un médecin du travail, tous les cinq ans, sans qu'ils ne présentent de symptôme. Pourtant, **la médecine du travail, qui représente près de 30 %<sup>30</sup> des dépenses institutionnelles de prévention, peine à développer des missions globales et systématiques**. Alors que les risques professionnels sont nombreux, les actions de prévention associées méritent d'être bien pensées puis déployées. Notamment les risques infectieux, psychosociaux, chimiques, ou les risques liés aux horaires atypiques de travail. Sur ce dernier risque, une étude de l'Inserm<sup>31</sup> a mis en évidence un lien entre le travail de nuit et le cancer du sein : elle montre que parmi les femmes non ménopausées, **le travail de nuit augmente de 26 % le risque de cancer du sein**. La loi de 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail a élargi les possibilités de vaccinations et de dépistages sur le lieu de travail mais ces initiatives restent peu nombreuses<sup>32</sup>. Dans leur feuille de route 2023-2027, Cyrille Isaac-Sibille, Franck Chauvin et Xavier Iacovelli proposent de prendre en compte un certain nombre d'indicateurs pour mieux cibler certains secteurs d'activité où des risques de santé prédominent. Par exemple, l'absentéisme ou le *turn over* par secteur, les visites médicales spontanées pour motifs de risques psychosociaux et de sécurité ou encore l'analyse de risques par secteur et plans annuels de prévention. La médecine du travail pourrait donc **réfléchir à des approches plus sectorielles ou en fonction de facteurs de risques spécifiques, y compris géographiques**, ce qui permettrait de mieux cibler les actions de prévention auprès des travailleurs, puis d'adapter les parcours de soins.

La **médecine scolaire** est aussi un levier majeur à activer afin d'améliorer la capacité des enfants à devenir acteurs de leur santé. Un rapport de la

<sup>30</sup> Drees, *Les dépenses de santé en 2015 - Édition 2016*, 2016, p. 121.

<sup>31</sup> Inserm, « *Travail de nuit et cancer du sein : de nouveaux arguments en faveur d'un lien* », 2018.

<sup>32</sup> *Loi n°2021-2018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail*.

Cour des comptes paru en 2020<sup>33</sup> constate une **pénurie de médecins scolaires** : un tiers des postes seraient vacants et on compte un médecin pour 12 500 élèves en 2018. Le rapport pointe également les **performances très en-deçà des objectifs de dépistages obligatoires**. Le taux de réalisation de la visite à la 6<sup>e</sup> année de l'enfant (grande section ou CP) a chuté de 26 % entre 2013 et 2018 tandis que le bilan infirmier de la 12<sup>e</sup> année n'est effectué que pour 62 % des élèves. Cela s'expliquerait par **des failles organisationnelles et un défaut de pilotage du système**. En effet, en France, la médecine scolaire est intégrée au ministère de l'Éducation nationale et non de la Santé, une organisation qui ne se retrouve pas dans d'autres pays européens : *« la tutelle de la médecine scolaire est généralement exercée par le ministère de la Santé, comme en Allemagne, en Espagne, au Portugal, au Royaume-Uni ou en Irlande. En outre, la médecine scolaire est de la compétence des municipalités au Danemark et en Pologne, et des cantons en Suisse »*<sup>34</sup>. Des études comparatives ouvrent des pistes intéressantes : le modèle danois, au plus proche des jeunes, confie aux acteurs locaux de santé la prise en charge des élèves et permet de définir des programmes de prévention ciblés : par exemple, évaluer les risques de surpoids et de diabète, en lien avec l'activité physique. La santé mentale pourrait aussi faire l'objet d'actions de sensibilisation spécifiques auprès des plus jeunes, dans un contexte où les passages aux urgences pour tentatives de suicide des 15-24 ans explosent (augmentation de 27 % en 2022 par rapport à l'année 2021, selon Santé publique France).

Dans un rapport d'information de l'Assemblée nationale<sup>35</sup> de mai 2023 sur la médecine scolaire, il est proposé de développer des liens *« systématiques »* entre **médecine scolaire et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)** pour orienter les élèves repérés à l'école vers des parcours de soins adaptés. Cela plaide en faveur d'une meilleure articulation entre les plans nationaux et leur déclinaison territoriale.

<sup>33</sup> Cour des comptes, *Les médecins et les personnels de santé scolaire*, avril 2020.

<sup>34</sup> Cour des comptes, *ibid.*

<sup>35</sup> Assemblée nationale, *Rapport d'information sur la médecine scolaire et la santé à l'école*, mai 2023.

## 2.2. AU NIVEAU LOCAL : DES OBJECTIFS À IMAGINER SELON LA RÉALITÉ DU TERRAIN

Si l'articulation des stratégies et plans nationaux a du mal à se mettre en place, leur déclinaison décentralisée et locale est encore plus complexe. Les ARS sont chargées de la mise en œuvre de programmes visant à prévenir les risques de maladie et à réduire les inégalités de santé dans la population. Pourtant, elles peinent à animer efficacement les politiques locales de prévention. D'abord parce que **la région ne s'impose pas comme une échelle réellement pertinente, elle englobe des problématiques différentes et des offres de prévention disparates entre les territoires urbains et ruraux**, qu'il s'agisse des médecins, des laboratoires d'analyse ou encore des établissements de santé. Par ailleurs, les conventions des professionnels de santé avec l'Assurance maladie privent les ARS de leviers nécessaires à l'application efficace et locale de la prévention, notamment pour promouvoir la coordination entre acteurs.

De nombreux acteurs sur le terrain, telles que les communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS) et les maisons de santé professionnelles (MSP), peuvent contribuer à **la mise en place d'actions de prévention impliquant l'ensemble des acteurs de santé au plus proche du lieu de vie du patient**. L'implication de tous les professionnels se déplaçant au domicile des patients sera aussi clé (personnel médical et du médico-social), notamment dans **la détection des signes de perte d'autonomie**. À ce titre, de nouveaux profils mobilisables apparaissent : les aides à domicile qui interviennent dans la vie quotidienne du patient à travers leur appui pour le ménage, la préparation des repas, l'hygiène ; les infirmiers et les pharmaciens dont les responsabilités s'élargissent ; ou encore les expérimentations impliquant les facteurs, dont le métier évolue et englobe de nombreux services à la personne. Bien souvent, au contact de manière quotidienne des patients, et sur un maillage aussi fin que large, ces nouveaux acteurs représentent des opérateurs de détection et d'accompagnement des fragilités. Le service public de demain au

niveau local devra prendre en compte cette nouvelle réalité des usages et des diversités territoriales afin de réfléchir au meilleur modèle possible<sup>36</sup>.

En effet, l'échelon local est clé car **les réalités épidémiologiques sont extrêmement différenciées entre les territoires et les actions de prévention doivent être adaptées à celles-ci**. Les prévalences des cancers ou des maladies neuro-cardiovasculaires recensées régionalement montrent des disparités fortes et appellent à une approche départementale, voire infra-départementale pour **cibler au mieux les politiques de prévention**. Cela implique de mobiliser les données de santé existantes afin de permettre un ciblage des patients selon leur profil de risque. À ce titre, l'objectif de la **responsabilité populationnelle**<sup>37</sup> vise précisément à stratifier une population pour éviter que les personnes présentant des facteurs de risque ne développent une pathologie ou que les patients ne voient leur état se dégrader. Une équipe pluridisciplinaire capable d'animer les réunions cliniques et un réseau de partenaires intéressés par le projet sont ensuite mis en place (médecins en ville, professionnels libéraux, professionnels hospitaliers, associations, etc.).

<sup>36</sup> Institut Montaigne, *Bien-vieillir : faire mûrir nos ambitions*, 2021.

<sup>37</sup> Institut Montaigne, *Santé : faire le pari des territoires*, 2022.

## L'inégalité d'accès aux soins, un frein à la prévention en santé

Le système de santé fait face à un double mouvement marqué par l'essor des besoins de soins et la raréfaction de la ressource médicale. Le défi est majeur et fragilise le principe d'un égal accès aux soins pour tous les citoyens. En cause, le vieillissement de la population et l'explosion des maladies chroniques d'une part, les effets retardés du numerus clausus, les départs à la retraite de nombreux médecins, une installation des professionnels concentrée dans les zones urbaines au détriment de territoires plus ruraux d'autre part.

Les conséquences de ces grandes tendances pèsent aujourd'hui lourdement sur l'organisation des soins, la prise en charge médicale des Français et la mise en œuvre de politiques de prévention pour tous, allant du dépistage précoce au suivi des pathologies chroniques. Aujourd'hui, 6 millions de Français<sup>38</sup> n'ont pas de médecin traitant, parmi lesquels près de 600 000 personnes en Affection Longue Durée (ALD). Par ailleurs, si 12 % de la population vit dans un désert médical selon un rapport du Sénat<sup>39</sup>, le ressenti est différent avec près de 40 % de Français qui ont le sentiment de vivre dans un désert médical<sup>40</sup>. **Défauts de prise en charge, permanence des soins défaillante et recours inadapté aux urgences** comptent parmi les conséquences délétères et nous invitent à repenser les parcours de soins comme le rôle et la coopération entre professionnels, les liens ville et hôpital, les complémentarités entre acteurs publics et acteurs privés.

<sup>38</sup> Assurance maladie, *Patients en affection de longue durée (ALD) sans médecin traitant : un plan d'actions est lancé*, Mars 2023.

<sup>39</sup> Sénat, *Déserts médicaux : l'État doit enfin prendre des mesures courageuses !*, janvier 2020.

<sup>40</sup> Fondation Roche, *Rapport de l'Observatoire de l'accès au numérique en santé*, juin 2021.

### 2.3. À TOUS LES NIVEAUX, LE SOUTIEN MAJEUR DES NOUVELLES TECHNOLOGIES

Le numérique en santé au sens large et les outils associés (dossier patient électronique, téléconsultation, télésuivi, e-prescription, *chatbots*, messageries professionnelles sécurisées, etc.<sup>41</sup>) permettent justement le recueil quotidien d'énormes quantités de données de santé. Ces données peuvent être utilisées au-delà de leur fonction de diagnostic (usage primaire) pour la recherche et le suivi des patients (usage secondaire). **L'analyse de ces données a un potentiel important pour la prévention.** Elles permettent d'abord d'identifier des facteurs de risque pour certaines maladies, notamment pour les plus prévalentes comme le cancer ou le diabète<sup>42</sup>. Certaines entreprises ont développé des outils de prévention digitale, par le biais de *chatbots* qui agissent comme compagnons de santé. Ils permettent aussi aux patients de faire un bilan de leur santé et de les orienter le cas échéant vers un professionnel de santé<sup>43</sup>. Par exemple, des start-up ont développé des outils d'Intelligence Artificielle qui analysent les radiographies et assistent le radiologue dans sa prise de décision. **Ces technologies particulièrement performantes permettent de repérer les tumeurs avant même qu'elles ne soient vues par le médecin et donc d'agir plus rapidement et de façon préventive<sup>44</sup>.**

La télémédecine et notamment la **télésurveillance** vont devenir des outils indispensables pour prévenir également les rechutes, dans le suivi des maladies chroniques.

<sup>41</sup> Institut Montaigne, *E-santé : augmentons la dose*, juin 2020.

<sup>42</sup> Inserm, « *Big data en santé : des défis techniques et éthiques à relever* », juin 2022.

<sup>43</sup> Institut Montaigne, *E-santé : augmentons la dose*, juin 2020.

<sup>44</sup> À titre d'exemple, des chercheurs américains ont récemment mis au point une IA prédisant le risque de développer un cancer du sein 5 ans avant l'apparition des symptômes.

En rendant les patients plus autonomes dans le suivi de leur maladie, en permettant aux médecins d'avoir toutes les informations de santé relatives à un patient au même endroit et en rendant plus accessibles les soins spécialisés par le biais de la téléconsultation, il est clair que les nouvelles technologies numériques sont un instrument majeur de prévention des risques, qu'il s'agisse d'anticiper les besoins, de limiter les complications liées aux maladies chroniques ou, en phase de soins aigus, d'agir sur les (ré)hospitalisations et leur durée.

## 3 Une gouvernance qui ne permet plus de faire face aux enjeux de santé préventive

### 3.1. DES DÉPENSES DE SANTÉ ET DE PRÉVENTION COMPLEXES À APPRÉHENDER

Comme l'Institut Montaigne le mettait en avant dans un article<sup>45</sup>, **le retard français en matière de prévention ne se résume pas à la question des moyens.** Comment savoir quel montant l'État réserve à la prévention ? La difficulté à répondre à cette question illustre le **manque de lisibilité dans la politique menée par les pouvoirs publics.** Intraçabilité entre prestations curatives et prestations préventives, multiplicité d'acteurs et financeurs hétérogènes, éclatement des responsabilités, la circonscription de ces dépenses est complexe.

<sup>45</sup> Institut Montaigne, « *Prévention santé : comment la France peut rattraper son retard* », mai 2022.

## Évolution de la dépense courante de santé au sens international (DCSi)

(Montants en milliards d'euros).

	2018	2019	2020	2021
<b>Consommation de soins et de biens médicaux</b>	<b>202,8</b>	<b>206,9</b>	<b>210,2</b>	<b>226,7</b>
CSBM hors mesures de garantie des revenus	202,8	206,9	207,8	226,0
Mesure de garantie des revenus <sup>46</sup>	0,0	0,0	2,4	0,7
<b>Hors CSBM</b>	<b>62,1</b>	<b>63,4</b>	<b>70,1</b>	<b>81,1</b>
Dont soins de longue durée	41,4	42,7	46,4	48,8
Dont soins de prévention	5,4	5,5	8,6	16,9
<b>Dépense courante de santé au sens international (DCSi)</b>	<b>264,9</b>	<b>270,3</b>	<b>280,3</b>	<b>307,8</b>
DCSi (en % du PIB)	11,2	11,1	12,1	12,3
Évolution (en %)	1,5	2,0	3,7	9,8

Source : DREES, comptes de la santé.

Si l'OCDE et la Commission européenne ont bien évalué à 2% la part de la prévention dans les dépenses de santé en France, contre 3,1% en moyenne dans l'UE<sup>47</sup>, **on ne peut pour autant pas conclure à un sous-investissement de la France dans la prévention**. Tout d'abord, si la part relative de ces dépenses est potentiellement inférieure, elle s'inscrit dans **un budget français de la santé qui est un des plus importants de l'Union européenne**. La France a dédié en 2021 12,3% de son PIB aux dépenses courantes de santé<sup>48</sup>, juste derrière l'Allemagne, qui y a dédié 12,8%<sup>49</sup>. Par ailleurs, la France a la particularité d'**inclure les actes de prévention dans les catégories de soins curatifs et biens médicaux**, ce qui ne permet pas de comptabiliser les dépenses de prévention

<sup>46</sup> Dispositif d'indemnisation pour perte d'activité pour les professionnels de santé en libéral (DIPA) et garantie de financement pour les cliniques privées.

<sup>47</sup> Eurostat, « 3 % of health care expenditure spent on preventive care », 2019.

<sup>48</sup> Drees, *Les résultats de santé en 2021 – édition 2022 – Résultats des comptes de la santé*, septembre 2022.

<sup>49</sup> Insee, « Dépense courante de santé dans l'Union européenne, données annuelles de 2015 à 2020 », novembre 2022.

à part des dépenses de santé. Au Royaume-Uni, le budget prévention comprend les dépistages<sup>50</sup> mais aussi les traitements contre l'addiction au tabac et à l'alcool<sup>51</sup>.

En France, les dépenses de santé sont en réalité de deux ordres : les **dépenses institutionnelles** – celles qui sont utilisées dans le calcul de l'OCDE – et les **dépenses d'actes**, qui ne disposent pas d'une méthode permettant de les isoler. Or, si les premières sont évaluées à 6 milliards d'euros par an, les secondes sont estimées à 9,1 milliards d'euros<sup>52</sup>. **Ce manque de lisibilité et cette méconnaissance de la réalité des dépenses de prévention engendrent une complexité de gestion et une incapacité à connaître l'efficacité des politiques de prévention.**

### 3.2. DES OUTILS BUDGÉTAIRES QUI LIMITENT L'APPROCHE PROSPECTIVE ET DE LONG TERME

Depuis l'introduction du Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) en 1996, les finances sociales font l'objet d'un contrôle du Parlement<sup>53</sup>. Malgré une volonté de rendre plus démocratiques les discussions autour de ces dépenses, la construction technique du texte et la gestion comptable instituée par ces outils **ne permettent pas d'amener un réel débat au sein du Parlement et limitent la prise de hauteur stratégique et les réflexions prospectives sur les enjeux de santé**. Finalement, la discussion budgétaire sous-tend l'ensemble des actions menées en santé sur une année alors qu'elle gagnerait à s'inscrire à la fois **dans une logique d'investissement et de santé publique sur le long terme, et dans une approche globale**, en lien avec les ministères de l'éducation, de l'environnement, du travail ou encore du logement.

<sup>50</sup> NHS, « Prevention », 2021.

<sup>51</sup> NHS, « Treating and preventing ill health », 2023.

<sup>52</sup> Drees, « Les dépenses de santé en 2017 », *Les Panoramas de la Drees*, 2018.

<sup>53</sup> *Loi constitutionnelle n° 96-138 du 22 février 1996 instituant les lois de financement de la Sécurité sociale*.

Parmi les outils responsables du manque de vision de long terme, l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) en est une illustration. L'ONDAM a été créé en juillet 1996 avec pour but de « *formaliser un objectif compatible avec les choix essentiels faits par le pays en matière de finances publiques et de constituer la référence pour les politiques de régulation sectorielle* »<sup>54</sup>. Pourtant, cet outil comptable reste peu clair, peu maniable et souvent considéré comme **décorrélé des réels besoins de santé**. L'ONDAM ne permet pas, malgré une possibilité théorique de pluriannualité, de **servir au débat public et de donner une vision prospective, facilitant un pilotage stratégique sur lequel pourraient s'appuyer tous les acteurs de la santé**. L'explosion des maladies chroniques, la nécessité d'une politique de prévention, l'arrivée sur le marché de thérapies innovantes ou encore la création de nouveaux parcours de soins avec la ville et le domicile sont autant de défis dans lesquels l'ONDAM s'inscrit difficilement<sup>55</sup>.

Dans sa note *Santé 2022 : tout un programme*, l'Institut Montaigne proposait de remplacer l'ONDAM par un « ONDAS » pluriannuel (Objectif National de Dépenses d'Assurance Santé), qui serait composé de sous-objectifs transversaux à plusieurs secteurs (fongibilité des enveloppes) afin de donner **une vision décloisonnée des gains d'optimisation possible, un investissement dans un segment pouvant conduire à des économies dans un autre**<sup>56</sup>. La note proposait que l'ONDAS puisse être fixé par le vote d'une **loi de programmation pluriannuelle de la santé sur la durée du quinquennat**, dont les hypothèses de construction devront être étayées et s'appuyer sur une analyse prospective des dépenses de santé, de l'évolution et un *horizon scanning*<sup>57</sup> des innovations à venir. Cette logique permettrait d'évaluer l'efficacité des politiques publiques en matière de prévention, puisque celles-ci doivent s'apprécier sur le

<sup>54</sup> Catherine Deroche, René-Paul Savary. *Rapport d'information sur l'objectif national de dépenses d'Assurance maladie*, 9 octobre 2019.

<sup>55</sup> Place de la Santé, « *Repenser les instruments de régulation de la dépense de santé* », janvier 2022.

<sup>56</sup> Institut Montaigne, *Santé 2022 : tout un programme*, janvier 2022.

long terme et sur la base d'objectifs partagés, dans une **logique d'investissement et de retour sur investissement**.

Dans un contexte marqué par l'essor des risques pesant sur la santé humaine, parmi lesquels la transition démographique et écologique, l'adoption d'une approche d'investissement pluriannuel fondée sur des objectifs de santé publique partagés et dont la mise en œuvre serait évaluée régulièrement permettrait de gagner en visibilité, d'améliorer le pilotage et de préserver la soutenabilité de notre système de santé.

### Le soutien à l'innovation en santé : un levier pour la prévention

La prévention marche main dans la main avec l'innovation, qu'il s'agisse d'identifier les facteurs de risque des maladies pour en prévenir l'apparition, d'améliorer les stratégies de dépistage ou de diagnostic, de découvrir de nouvelles voies biologiques ou de concevoir de nouvelles stratégies thérapeutiques (protocoles de soins, molécules médicamenteuses, thérapies géniques cellulaires ou équipements médicaux).

L'innovation en santé en France est portée par des acteurs divers (acteurs publics comme privés issus du monde universitaire, des industriels du médicament, du dispositif médical et du numérique) qui, loin de constituer une filière santé structurée, travaillent encore trop en silos, ne partagent pas les mêmes impératifs et

<sup>57</sup> *L'analyse prospective ou horizon scanning de l'évaluation des technologies de santé englobe à la fois le partage d'informations entre industriels et puissance publique mais aussi la mise en place de stratégies politiques relatives notamment à la fixation des prix des médicaments et des politiques de remboursement. Elle doit permettre aux dirigeants politiques de mieux anticiper les innovations de rupture en matière de santé et de garantir leur prise en charge et leur mise à disposition pour les patients concernés.*

peinent donc à porter une dynamique collective. Ce manque de structuration et de culture partagée ne permet pas de porter une vision de long terme et d'infléchir une approche budgétaire, portée par le PLFSS (Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale), tellement court-termiste qu'elle considère aujourd'hui l'innovation comme un coût et non comme un investissement susceptible de bénéfices médicaux et économiques<sup>58</sup>.

Face à ces constats, le plan Innovation Santé 2030, avait consacré 7 milliards d'euros à une stratégie globale à l'innovation en santé et à la recherche biomédicale<sup>59</sup>. Le portage politique de cette feuille de route est assuré par l'Agence de l'innovation en santé, créée en octobre 2022, qui a pour ambition de favoriser l'émergence, le développement et la diffusion de ces innovations.

Dans le champ de l'innovation thérapeutique, le récent rapport de la mission « Régulation des produits de santé », partage ce même constat d'une difficulté à articuler les impératifs des différents acteurs de la chaîne de production<sup>60</sup>. La mission appelle à un « *New Deal* » de l'intégralité de la chaîne pour assurer un accès à tous les patients des produits de santé tout en garantissant la soutenabilité financière, la souveraineté sanitaire et l'impact environnemental de la production.

<sup>58</sup> Institut Montaigne, *Filière santé : gagnons la course à l'innovation*, 2021.

<sup>59</sup> Conseil stratégique des industries de santé (CSIS), *Innovation santé 2030 : Faire de la France la première nation européenne innovante et souveraine en santé*, juin 2021.

<sup>60</sup> Mission régulation des produits de santé confiée par la Première Ministre, *Pour un « New Deal » garantissant un accès égal et durable des patients à tous les produits de santé : la durabilité intégrant les notions de soutenabilité financière, de résilience et d'impact environnemental*, août 2023.

## 4 Les résultats insuffisants des programmes de prévention interrogent la méthode

### 4.1. DES CAMPAGNES DE PRÉVENTION QUI PEINENT À CIBLER LES PUBLICS LES PLUS À RISQUE

Le déploiement ou l'adhésion aux différents programmes de prévention sont encore trop faibles pour produire des effets vertueux sur la santé publique et les performances de la France sont en deçà des pays comparables<sup>61</sup>. **L'augmentation des cancers, du diabète et des maladies neuro-vasculaires montrent que les campagnes de prévention manquent leur cible<sup>62</sup>, notamment auprès des patients les plus à risque.**

Un premier exemple est celui de la **vaccination contre la grippe** ; la France compte 56,8 % de vaccinés parmi les plus de 65 ans en 2021-2022 alors que l'Angleterre en compte 82 % sur la même période et pour la même population cible, selon Santé publique France. La France est aussi à la traîne sur la **vaccination contre les papillomavirus, alors que l'on connaît précisément le public à sensibiliser** ; fin 2021, seules 45,8 % des jeunes filles de 15 ans et à peine 6 % des garçons du même âge avaient reçu au moins une dose du vaccin qui protège contre les infections par le HPV, selon l'Inserm. Cette couverture vaccinale est parmi les plus faibles des pays industrialisés, très éloignée des objectifs fixés par la Stratégie nationale de santé sexuelle et le plan cancer (80 % de vaccination chez les adolescentes âgées de 11 à 19 ans à l'horizon 2030). Les taux de vaccination sont de 87 % au Portugal, 86 % au Royaume-Uni, 76 % au Danemark, 73 % en Espagne et 71 % en Italie<sup>63</sup>. En Australie et en Nouvelle-Zélande, plus de 80 % des jeunes filles sont vaccinées contre le papillomavirus et

<sup>61</sup> Cour des comptes, *La politique de prévention en santé – les enseignements tirés de l'analyse de trois grandes pathologies*, novembre 2021.

<sup>62</sup> *Ibid.*

<sup>63</sup> Revenue Genesis, « *Vaccins Anti-HPV : la couverture française et internationale* », 2017.

les scientifiques prévoient une éradication du cancer du col de l'utérus grâce à la vaccination pour 2034<sup>64</sup>. Emmanuel Macron a annoncé en février dernier une campagne de vaccination généralisée dans les collèges pour « éradiquer le papillomavirus »<sup>65</sup>.

L'enjeu humain est majeur : 1 100 personnes décèdent chaque année de ce type de cancer<sup>66</sup>.

Par ailleurs, selon le rapport de la commission européenne *Cancer screening in the European Union*<sup>67</sup> la France accuse un certain retard en ce qui concerne **les taux de dépistage contre le cancer** : seulement 22% des femmes éligibles (âgées de 30 à 59 ans) ont effectué un dépistage du cancer du col de l'utérus contre une moyenne de 50% dans l'ensemble de l'Union européenne. Si les résultats sont meilleurs pour le cancer du sein avec un taux d'adhésion à 53%, ils restent très éloignés d'autres pays européens : le Danemark, la Finlande et la Slovénie sont à 83%. Les données sur le cancer colorectal indiquent une situation similaire avec un taux de dépistage autour de 30%, loin derrière les 50% du Royaume-Uni<sup>68</sup>. Pourtant, l'OCDE insiste sur **la supériorité des dépistages organisés sur les dépistages opportunistes**, souvent symptomatiques et donc plus tardifs, afin de mieux prévenir la survenue d'une maladie.

Des campagnes d'information et de communication devraient être réalisées de façon plus systématique à au moins trois niveaux<sup>69</sup> : des **campagnes nationales de grande ampleur**, en lien avec des instances

<sup>64</sup> Institut national du cancer, *Arguments clés sur la vaccination contre les cancers HPV*, 21 août 2023.

<sup>65</sup> « Papillomavirus : Emmanuel Macron annonce une campagne de vaccination généralisée dans les collèges », *Le Monde*, 28 février 2023.

<sup>66</sup> Institut National du Cancer, *Vaccination contre les cancers HPV*, Août 2023.

<sup>67</sup> International Agency for Research on Cancer, *Cancer screening in the European Union. Report on the implementation of the Council recommendation on cancer screening*, 2017.

<sup>68</sup> Institut Montaigne, *Prévention santé : comment la France peut rattraper son retard*, mai 2022.

<sup>69</sup> Institut Montaigne, *Vaccination : l'enjeu de la confiance*, décembre 2020.

représentatives des citoyens, s'appuyant sur des messages harmonisés et des relais d'information nombreux (comme c'est déjà le cas pour les grandes campagnes de dépistage) ; des **campagnes ciblées à destination des professionnels de santé**, notamment les médecins généralistes qui restent les interlocuteurs de confiance de la grande majorité des Français ; des **campagnes dédiées aux associations** qui travaillent avec les publics précaires dont l'accès aux soins et à la prévention est très réduit (sans domicile fixe, demandeurs d'asile, personnes isolées, personnes incarcérées, etc.).

Concernant la lutte contre **les comportements à risque**, la France est également en retard : 10% de la population est responsable de 58% de la consommation totale d'alcool<sup>70</sup>, sans que ceux-ci ne soient repérés ou fassent l'objet d'un accompagnement personnalisé. De même, la prévalence du tabagisme est très importante en France : 25,3% des Français fument quotidiennement selon Santé publique France, contre 19% dans l'Union européenne. L'accompagnement pour arrêter le tabac est encore insuffisant (les alternatives à la nicotine comme les patchs ne sont prises en charge qu'en partie par l'Assurance maladie<sup>71</sup>) et les professionnels de santé ne sont pas suffisamment formés en tabacologie pour accompagner le sevrage progressif à la cigarette<sup>72</sup>.

**Ces chiffres appellent à une approche plus globale de la prévention, capable d'intégrer les facteurs socio-économiques et d'atteindre les publics les plus éloignés du système de santé.** En effet, les catégories socio-professionnelles défavorisées sont à la fois celles qui sont les plus touchées par certaines maladies, qui observent le plus de comportements à risque mais aussi celles qui sont insuffisamment ciblées par les programmes de dépistage et qui ont un recours moindre aux offres

<sup>70</sup> Inserm, « Alcool & Santé. Lutter contre un fardeau à multiples visages », octobre 2021.

<sup>71</sup> Ameli, « La prise en charge du sevrage tabagique », décembre 2022.

<sup>72</sup> Santé publique France, « Consommation de tabac parmi les adultes en 2020 : résultats du Baromètre de Santé publique France », mars 2021.

de prévention. Santé publique France a montré dans une étude que **les femmes résidant dans les zones défavorisées ont moins recours au programme de dépistage du cancer du sein**<sup>73</sup>. Un rapport de l'IGAS sur le dépistage des cancers conclut également que les personnes défavorisées se rendent moins facilement que le reste de la population aux dépistages organisés<sup>74</sup>. La mauvaise santé et le handicap sont également des barrières aux dépistages. Dès lors, **les pouvoirs publics doivent imaginer des actions de dépistage et s'appuyer sur des stratégies diagnostiques performantes qui soient adaptées à la réalité des territoires et aux situations socio-économiques des publics visés**. Aujourd'hui, les modalités de contact des populations et de réalisation de ces dépistages ne prennent pas en compte les caractéristiques sociales, géographiques et culturelles des populations<sup>75</sup>.

#### 4.2. DES ACTIONS DE PRÉVENTION QUI PRENNENT INSUFFISAMMENT EN COMPTE L'ENSEMBLE DES DÉTERMINANTS DE SANTÉ

**Les inégalités en matière de santé et de prévention en Europe interrogent d'autant plus que la couverture santé de base est universelle dans la plupart des pays**<sup>76</sup>. Les inégalités sociales de santé s'observent à travers différents indicateurs, notamment **les différences d'espérance de vie à la naissance selon le niveau de revenu**. En France, un homme appartenant aux 5 % les plus aisés de sa classe d'âge vivrait en moyenne 13 ans de plus qu'un homme appartenant aux 5 % les plus modestes. Ces inégalités sont fortement liées aux conditions de travail : ainsi, l'écart d'espérance de vie à 35 ans entre un cadre et un ouvrier est de près de 6 ans.

<sup>73</sup> Santé publique France, « *Participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein et défavorisation socio-économique en France* », 2018.

<sup>74</sup> Inspection générale des affaires sociales, *Le dépistage organisé des cancers en France*, janvier 2022.

<sup>75</sup> Élodie Guillaume et al., « *Recherche interventionnelle pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de dépistage des cancers* », Santé publique 2019 / HS2, p. 59-65.

<sup>76</sup> Institut Montaigne, « *Inégalités de santé entre femmes et hommes : comment prendre en compte les déterminants socio-économiques ?* », entretien avec Nathalie Bajos, novembre 2022.

**Les mesures d'espérance de vie en bonne santé représentent également un marqueur des inégalités socio-économiques, notamment pour les personnes âgées** : dans les pays de l'OCDE, presque 30 % des personnes âgées appartenant aux 20 % les plus modestes ont déclaré être en mauvaise ou moyenne santé en 2019, contre 11 % parmi les 20 % les plus aisés.

Ces disparités en termes d'espérance de vie révèlent des conditions de vie, des expositions professionnelles et environnementales très différentes selon les milieux sociaux. Elles traduisent également **l'impact des conditions de vie sur l'état de santé**. Par exemple, selon la Drees, le risque d'être atteint dans l'année d'une maladie chronique (à l'exception de certains cancers) est plus élevé chez les personnes les plus modestes que chez les personnes plus aisées. Ainsi, les 10 % les plus modestes développent 2,8 fois plus souvent un diabète et 2 fois plus souvent une maladie psychiatrique que les 10 % les plus aisés. Une étude de l'Insee a par ailleurs montré que les personnes les plus modestes ont été plus touchées par le Covid-19 et par les formes graves associées, du fait de comorbidités<sup>77</sup>. Ceci est directement dû à **certaines conditions de vie et de travail, qui sont associées à un risque accru d'hospitalisation et de décès à l'hôpital**<sup>78</sup>. En effet, la qualité et la localisation d'un logement ont des impacts directs sur la santé des habitants. La qualité de l'air, l'isolation thermique, phonique, sont des déterminants de santé qui doivent faire partie d'une réflexion globale sur les facteurs de risque.

Les déterminants sociaux ont également des conséquences directes sur **les différentes habitudes de vie** (alimentation saine, pratique sportive, etc.), contribuant à accroître les inégalités sociales de santé. Par exemple, en France, 70,5 % des plus diplômés consomment des légumes tous les

<sup>77</sup> Insee, « *Les inégalités sociales à l'épreuve de la crise sanitaire : un bilan du premier confinement* », France Portrait social, Édition 2020.

<sup>78</sup> Drees, « *Synthèse caractéristiques socio-économiques des individus aux formes sévères de Covid-19 au fil des vagues épidémiques* », Les dossiers de la Drees, n° 95, mars 2022.

jours, contre 62,1 % pour les moins diplômés<sup>79</sup>, et les 25 % les plus riches consomment trois fois moins de boissons sucrées que les 25 % les plus pauvres. **Ces inégalités de santé semblent apparaître avant même la naissance** : chez les femmes enceintes, 94 % des cadres déclarent ne pas avoir fumé au troisième trimestre de grossesse contre 66 % chez les ouvrières<sup>80</sup>. L'accès à l'information et à un médecin traitant pour chaque Français et Française est donc clé pour faire de la pédagogie et prévenir les comportements à risque.

<sup>79</sup> Drees, *L'État de santé des populations en France*, septembre 2022.

<sup>80</sup> *Ibid.*

Alors que notre système de santé a historiquement été construit autour du soin et de la prise en charge des maladies, l'explosion du nombre de patients atteints de pathologies chroniques et le vieillissement de la population française appellent de toute urgence à de nouvelles modalités de suivi des patients. Plusieurs maladies peuvent être prévenues et leur retentissement sur la vie des patients doit pouvoir être limité, si l'on accorde une plus grande place aux actions de prévention.

Ceci doit passer à la fois par une meilleure prise en compte de la prévention dans les dépenses de santé, de la considérer comme un investissement qui s'inscrit dans le long-terme et non dans le temps politique, résolument plus court.

Par ailleurs, cela suppose une mobilisation et une coordination des acteurs de santé entre eux mais également avec d'autres parties prenantes comme la médecine scolaire, la médecine du travail et les acteurs du médico-social. Ces approches préventives doivent être construites autour d'objectifs précis et chiffrés, ce qui permettra de mieux en apprécier leur efficacité sur le long terme. Les outils numériques constituent un levier clé à tous les niveaux : ciblage des patients, coordination des professionnels, identification des besoins en dépistage, analyse des objectifs de santé publique, etc.

Enfin, les politiques de prévention de demain devront absolument prendre en compte l'ensemble des déterminants de santé, qui vont bien au-delà du soin, comme le logement, l'environnement ou les facteurs socio-économiques, dans une approche de santé résolument plus globale.

L'Institut Montaigne remercie les adhérents et les experts santé qui ont participé aux réflexions et à la rédaction de cette note d'enjeux.

*L'Institut Montaigne vous propose de contribuer à la réflexion sur ces enjeux afin d'élaborer collégalement des propositions au service de l'intérêt général.*



Institut Montaigne  
59 rue La Boétie, 75008 Paris  
Tél. +33 (0)1 53 89 05 60  
[institutmontaigne.org](http://institutmontaigne.org)

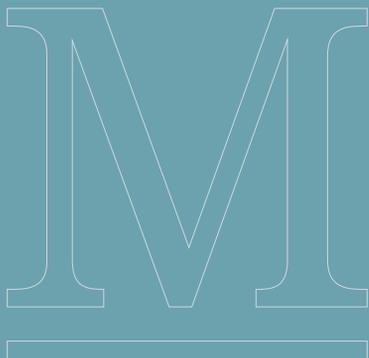
Imprimé en France  
Dépôt légal : septembre 2023  
ISSN : 1771-6756

ABB France	Omnium	Kea & Partners	RELX Group
AbbVie	Conseil supérieur du notariat	Kearney	Renault
Accenture	Crédit Agricole	Kedge Business School	Rexel
Accuracy	D'Angelin & Co.Ltd	KKR	Ricol Lasteyrie
Adeo	Dassault Systèmes	KPMG S.A.	Rivolier
ADIT	De Pardieu Brocas	Kyndryl	Roche
Air France - KLM	Maffei	La Banque Postale	Rokos Capital
Air Liquide	Doctolib	La Compagnie	Management
Airbus	ECL Group	Fruitière	Roland Berger
Allen & Overy	Edenred	Linedata Services	Rothschild & Co
Allianz	EDF	Lloyds Europe	RTE
Amazon	EDHEC Business	L'Oréal	Safran
Amber Capital	School	Loxam	Sanofi
Amundi	Egis	LVMH - Moët-Hennessy	SAP France
Antidox	Ekimetrics France	- Louis Vuitton	Schneider Electric
Antin Infrastructure	Enedis	M.Charraire	Servier
Partners	Engie	MACSF	SGS
Archery Strategy	EQT	MAIF	SIER Constructeur
Consulting	ESL & Network	Malakoff Humanis	SNCF
ArchiMed	Ethique &	Mazars	SNCF Réseau
Ardian	Développement	Média-Participations	SNEF
Arqus	Eurogroup Consulting	Mediobanca	Sodexo
AstraZeneca	FGS Global Europe	Mercer	SPVIE
August Debouzy	Fives	Meridiam	SUEZ
Avril	Getlink	Michelin	Taste
AXA	Gide Loyrette Nouel	MicroPort CRM	Tecnet Participations
Bain & Company	Google	Microsoft France	SARL
France	Groupama	Mitsubishi France	Teneo
Baker & McKenzie	Groupe Bel	S.A.S	The Boston Consulting
BearingPoint	Groupe M6	Moelis & Company	Group
Bessé	Groupe Orange	Moody's France	Tilder
BNP Paribas	Hameur et Cie	Morgan Stanley	Tofane
Bolloré	Henner	Natixis	TotalEnergies
Bona fide	Hitachi Energy France	Natural Grass	Unibail-Rodamco
Bouygues	HSBC Continental	Naval Group	Unicancer
Brousse Vergez	Europe	Nestlé	Veolia
Brunswick	IBM France	OCIRP	Verlingue
Capgemini	IFPASS	ODDO BHF	VINCI
Capital Group	Inkarn	Oliver Wyman	Vivendi
CAREIT	Institut Mérieux	Ondra Partners	Wakam
Carrefour	International SOS	Onet	Wavestone
Casino	Interparfums	Optigestion	Wendel
Chubb	Intuitive Surgical	Orano	White & Case
CIS	Ionis Education Group	PAI Partners	Willis Towers Watson
Cisco Systems France	iQo	Pelham Media	France
Clifford Chance	ISRP	Pergamon	Zurich
Club Top 20	Jeantet Associés	Prodware	
CMA CGM	Jolt Capital	Publicis	
CNP Assurances	Kantar Public	PwC France & Maghreb	
Cohen Amir-Aslani	Katalyse	Raise	
Compagnie Plastic		RATP	

Chaque année en France, 140 000 personnes sont touchées par un cancer évitable. On estime que plus de 40 % des cancers sont attribués aux modes de vie et aux facteurs environnementaux. Le nombre élevé de maladies liées à des conduites à risques et les faibles taux de dépistage et de diagnostic en France illustrent la difficulté des acteurs de santé et des pouvoirs publics à mettre en place une politique de prévention efficace et à promouvoir des comportements individuels adéquats.

De nombreuses pathologies sont en progression ces dernières années. En effet, malgré la multiplication des dispositifs de dépistage et de sensibilisation, la France demeure à la traîne en matière de prévention et de ciblage des populations à risque. Ce constat est d'autant plus inquiétant dans un contexte où la demande de soins va augmenter en lien avec le vieillissement démographique et l'explosion des maladies chroniques. La prévention est un défi global pour les pouvoirs publics qui, pour créer une société plus saine, doivent impliquer les professionnels concernés au-delà du secteur du soin et mieux prendre en compte l'ensemble des déterminants de santé comme les facteurs socio-économiques.

Cette note d'enjeux a pour objectif de rappeler un certain nombre de constats sur les politiques de prévention en France et les difficultés rencontrées, pensant indispensable de construire une réelle ambition française en la matière. Elle invite les acteurs sectoriels au débat et à l'action.



10 €  
ISSN : 1771-6756  
NEJ2309-01