



Actes du Colloque National La Prévention, aujourd'hui et demain ?

Palais d'Iéna
Siège du Conseil Economique, Social et Environnemental

Jeudi 20 décembre 2012

En soutenant en toute transparence le Colloque « La Prévention, aujourd’hui et demain? » organisé du 20 décembre au Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE) autour de personnalités appartenant à l’ensemble des maillons de la chaîne de santé, Pfizer souhaite jouer pleinement son rôle d’acteur de santé.

Nous désirons en effet nous inscrire en partenaire des autorités et des parties prenantes, et contribuer à l’émergence de pistes innovantes et de solutions originales, en mettant en exergue la nécessité de partager et de réfléchir ensemble aux fondamentaux d’une vraie politique de prévention globale et transversale en France. Parce que tous, collectivement, nous devons mettre nos moyens au service d’une meilleure prise en charge des patients.

Il reste que l’évolution de notre système de santé passera nécessairement par l’émergence d’une culture partagée de prévention et un décloisonnement vers les organisations territoriales et transversales. Les multiples propositions allant dans ce sens formulées au cours de ce colloque sont autant de pistes de travail et d’éclairages stratégiques pour la future loi de santé publique. Ces pistes mériteront, au-delà d’un approfondissement, une réelle volonté politique pour être mises en place.

Michel Ginestet
Président, Pfizer France

En apportant son soutien transparent à l’organisation de ce colloque, en en respectant l’indépendance éditoriale, Pfizer, entreprise du médicament, a joué un rôle de contributeur à l’émergence d’un débat public, ouvert et, de l’avis des participants, particulièrement intéressant. Cette contribution, dans le contexte actuel de suspicion permanente qui touche les entreprises et plus généralement le secteur privé, est un acte courageux. Sans cet acte, cette manifestation n’aurait pu se tenir. Il aurait été dommageable que les acteurs présents n’aient pu avoir cette possibilité de s’exprimer. La démocratie sanitaire commence par la contribution de tous au débat, sans exclusion ni préférence.

Olivier Mariotte
Président, nile



Colloque National La Prévention, aujourd'hui et demain ?

8h - 9h : accueil

9h : discours d'ouverture par Annie Podeur, Secrétaire Générale du Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE)

9h15 : présentation des objectifs de la journée et modération des tables-rondes par Olivier Mariotte, Président de nile

9h30 - 11h15 : « **La prévention, de quoi parle-t-on exactement ? Quel modèle économique ? Impulser une politique de santé publique nationale volontariste** »

- Aline Archimbaud, Sénatrice de la Seine-Saint-Denis
- Francis Megerlin, Juriste, Maître de conférences - droit et économie de la santé, Université Paris Descartes
- Jean-Claude Etienne, Professeur, Membre du Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE)
- Gérard Dubois, Professeur, Président de la Commission Addictions de l'Académie Nationale de Médecine

11h15 - 13h15 : « **Vers de nouveaux métiers de la prévention dans une approche décloisonnée du système de santé** »

- Jean-François Thébaut, Président de la commission amélioration des pratiques professionnelles et de la sécurité des patients de la Haute Autorité de Santé (HAS)
- Daniel Lenoir, Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nord-Pas-De-Calais
- Thomas Sannié, Président de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Ile-de-France (CRSA), Président de l'Association Française des Hémophiles
- Philippe Juvin, Professeur, Député européen

13h15 - 14h : buffet déjeûnatoire

14h - 15h30 : « **Cas pratiques : mettre en cohérence les choix de prévention nationaux et européens avec les nouvelles réalités régionales** »

- Agnès Buzyn, Professeur, Présidente de l'Institut National du Cancer (INCa)
- Bertrand Dautzenberg, Professeur, Pneumologue à l'Hôpital La Pitié-Salpêtrière, Président de l'Office Français de Prévention du Tabagisme (OFT)
- Gérard Raymond, Président de l'Association Française des Diabétiques (AFD)

15h30 - 15h45 : conclusion de la journée par Michel Ginestet, Président de Pfizer France

15h45 - 16h : clôture de la journée par Olivier Mariotte, Président de nile

9h : discours d'ouverture par Annie Podeur, Secrétaire Générale du Conseil économique, social et environnemental (CESE)

La prévention, une réponse incontournable aux enjeux majeurs de la société française

Le thème de la prévention dans le champ de la santé est en totale résonance avec le rôle du CESE car si ce dernier a un rôle de conseil auprès des décideurs publics, il a aussi vocation à être un lieu de débats publics. Le CESE est « *l'assemblée du premier mot* ». Comme pour reprendre la formulation de son ancien président, Jacques Dermagne, le Conseil a toujours répondu et répond présent au rendez-vous de la prévention dans le champ de la santé. Dès 2003, l'avis de Guy Robert « La prévention en matière de santé » avait alimenté le débat de la première loi de Santé publique adoptée le 9 août 2004. Un nouvel avis rendu par le Professeur Jean-Claude Etienne et Christian Corne et adopté à l'unanimité de ses membres en février 2012, vient une nouvelle fois à la rencontre d'un agenda national annonçant une nouvelle loi de Santé publique qui fasse enfin toute sa place à la prévention.

Le Président du CESE, Jean-Paul Delevoye, insiste sur la nécessité d'être à l'écoute de la société et de dessiner une vision prospective. En effet, si la société française vit une profonde métamorphose, le CESE et l'ensemble des décideurs publics doivent s'inscrire à présent dans le temps long afin de proposer des stratégies payantes à long terme dans le champ de la prévention.

Il est clair que toute stratégie de santé doit intégrer dans son champ à la fois le curatif, le préventif et le palliatif.

Une première interrogation vient à l'esprit de tous : « *Pourquoi notre pays peine-t-il autant à promouvoir des politiques de prévention dans le champ de la santé ?* ». L'avis rendu en février 2012 par le CESE a mis en évidence l'hospitalo-centrisme excessif du système de santé français qui fait la part belle au curatif, alors « *qu'il faudrait développer une culture du palliatif, non pas vécue comme un échec du soin, un renoncement aux soins mais comme seule logique du prendre soin d'une personne.* » et dans le même esprit, inviter à chacun à préserver son capital santé.

Le constat d'un désinvestissement de la France pour une politique nationale de prévention

Trois constats tendent à expliquer ce désinvestissement :

- tout d'abord, la formation médicale de plus en plus technique et essentiellement clinique qui a fait le succès des plateaux techniques hospitaliers français sans accorder une place suffisante à l'enseignement des sciences humaines, à la dimension humaniste ou encore à l'épidémiologie,
- de façon paradoxale, l'universalité du système de protection sociale, son niveau de couverture très élevé qui « *a pu conduire à une forme de déresponsabilisation de l'utilisateur et expliquer certains comportements consuméristes* ». Les français expriment une réelle difficulté à anticiper et à gérer les risques,
- la culture cartésienne de l'Etat centralisé avec une propension à réglementer plutôt qu'à initier des démarches participatives, explique aussi les difficultés à faire émerger des politiques de prévention dans le champ de la santé. Les enjeux sont majeurs : faire face au vieillissement de la population rendant particulièrement nécessaire la préservation de son capital santé et pour les acteurs de santé, accompagner de nombreux malades atteints de poly-pathologies

chroniques, anticiper l'augmentation des risques psycho-sociaux avec des impacts considérables sur la santé, éviter un risque d'exclusion accru par la difficulté à développer une prévention primaire et secondaire auprès des publics les plus fragiles.

Une ressource publique rare favorisant le curatif au détriment du préventif

Etonnamment, l'enjeu financier n'est pas fondamental, *« le véritable enjeu est celui de la juste distribution des fonds publics, de l'allocation de ressources au sein du système de santé qui survalorise le curatif au détriment du préventif et du palliatif. »*.

La définition des priorités de santé est par conséquent cruciale. La loi de Santé publique en 2004 a fixé plus de 100 objectifs déclinés dans une multiplicité de Plans. *« Ne serait-il pas pertinent de se limiter dans la gouvernance d'une politique de prévention à deux grands objectifs et en ajouter quelques-uns clairement orientés sur la prévention et dont le bilan serait réalisé sur 10 à 15 ans »*. Avant toute chose, doit être construite une méthodologie de choix des priorités retenues, basée sur une analyse bénéfices/risques et non sur des indicateurs de moyens à court terme, se traduisant inéluctablement par une politique curative.

Les clés de réussite d'une politique volontariste de prévention

Annie Podeur a conclu son discours inaugural en esquissant quatre clés de réussite d'une politique volontariste de prévention :

- définir précisément l'articulation entre les différentes dimensions de la prévention : primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire
- mutualiser les savoir-faire des professionnels de santé et des représentants d'usagers du système de santé en termes de prévention plutôt que créer de nouveaux métiers de la prévention *« au risque que les préventeurs deviennent une nouvelle couche d'expertise avec de nouvelles normes »*
- territorialiser les politiques de prévention en favorisant l'immédiate proximité entre curatif, préventif et palliatif
- favoriser le travail collectif entre usagers et professionnels de santé via les nouvelles technologies de l'information, télémédecine notamment

9h30 - 11h : « La prévention, de quoi parle-t-on exactement ? Quel modèle économique ? Impulser une politique de santé publique nationale volontariste »

- Aline Archimbaud, Sénatrice de la Seine-Saint-Denis
- Francis Megerlin, Juriste, Maître de conférences - droit et économie de la santé, Université Paris Descartes
- Jean-Claude Etienne, Professeur, Membre du Conseil économique, social et environnemental (CESE)
- Gérard Dubois, Professeur, Président de la Commission Addictions de l'Académie Nationale de Médecine

Arbitrer les débats sur la santé en faveur de la prévention

Aline Archimbaud, Sénatrice de la Seine-Saint-Denis

Aline Archimbaud pose comme première condition à la mise en place d'une vraie politique de prévention la nécessité de fixer des règles sur les conflits et les liens d'intérêts entre la sphère publique et privée suffisamment claires et rigoureuses pour ne pas discréditer l'initiative politique. Les derniers débats au Sénat autour du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2013 ont mis en exergue la difficulté à penser le levier de la fiscalité comportementale et environnementale dans le but de financer des actions de prévention. Les outils proposés tels que la taxation de l'huile de palme, de l'aspartame ont été jugés hors de l'objet d'une Loi de Financement de la Sécurité Sociale. *« Il y a une réelle difficulté en France à faire comprendre et émerger une culture de prévention qui nécessite un bouleversement culturel et une faculté d'anticipation sur le long terme. »*

L'accès à l'information pour les populations modestes, notamment sur des éléments de base de la prévention, fait défaut. Les professionnels de santé sont en demande de formation sur la prévention, au-delà de la problématique de la visite médicale et de l'information sur le médicament. Les élus locaux, acteurs de proximité des concitoyens, sont également en forte demande d'information sur les politiques de prévention et les outils régionaux mis en place par les Agences Régionales de Santé. Des outils existent déjà mais ils doivent être réorientés : *« la tarification à l'activité à l'hôpital désavantage la prévention, les Missions d'Intérêt Général et à l'Aide à la Contractualisation (MIGAC) devraient être plus orientées vers cette thématique : les arbitrages en terme de santé doivent se faire en ce sens. »*

Mettre en place une évaluation *ex ante* et *ex post* de la prévention

Jean-Claude Etienne, Professeur, Membre du Conseil économique, social et environnemental (CESE)

Le temps politique porte très souvent sur le court et moyen terme. Le temps de la prévention, lui, s'il peut porter sur le court terme, peut aussi porter sur le très long terme.

« L'annualité des lois de finances et de financement de la sécurité sociale rend très difficile l'appréhension de la question de la prévention. La prévention est un placement sur le long terme ».

Si le CESE peut s'impliquer à court et moyen terme, c'est par contre pour le long terme que porte sa réflexion singulière. Il est donc une cheville ouvrière déterminante pour, en concertation avec les corps intermédiaires de la nation, impulser une nouvelle culture de prévention.

La nature économique, sociale et environnementale du CESE vient enrichir et englober l'ensemble des composantes d'une politique cohérente de prévention. La donnée environnementale permet d'aller au-delà de l'enseignement classique de la médecine curative et prédictive.

Par ailleurs, le développement d'une véritable prévention va de pair avec la nécessité de mettre en place des outils d'évaluation. Une évaluation *ex ante* et *ex post* doivent être construites comme le préconise la Cour des Comptes (Cf Communication d'Octobre 2011 relative au rapport d'information de la Mission d'Evaluation et de Contrôle des Lois de Financement de la Sécurité Sociale de l'Assemblée Nationale sur la prévention sanitaire) ou encore le Centre d'Analyse Stratégique (Cf Rapport Mars 2010 - Nouvelles approches de la prévention en santé publique - L'apport des sciences comportementales, cognitives et des neurosciences).

La refonte de la problématique de santé autour du nouveau fléau des pandémies industrielles

Gérard Dubois, Professeur, Président de la Commission Addictions de l'Académie Nationale de Médecine

L'action publique s'est historiquement développée contre la première cause de mortalité jusqu'au milieu du XX^{ème} siècle : les maladies infectieuses. Elles ne représentent plus aujourd'hui que 2% des causes de mortalité en France, même si le Sida et la maladie de la vache folle nous rappellent à la vigilance.

Aujourd'hui, la santé publique n'est pas sans paradoxe. Si tout un chacun peut citer l'auteur de la première transplantation cardiaque (Christian Barnard), peu connaissent le nom de celui qui a permis d'éradiquer la variole (Donald Henderson). Donc, peu de notoriété en cas de succès. Par contre si l'erreur du clinicien tue à l'unité, l'erreur en santé publique chiffre douloureusement (les morts subites du nourrisson dues à la position ventrale ont fait 600 morts par an jusqu'à ce que l'on se ravise en 1994). L'espérance de vie des Français n'a jamais été aussi élevée, mais les Français craignent de plus en plus leur environnement et 70% négligent les causes de maladies non transmissibles, le tout dans une ambiance de défiance. Il est cependant nécessaire de regarder la réalité.

En 2008, sur les 57 millions de décès dans le monde, 36 (environ 2/3) étaient dus aux maladies chroniques, dites non transmissibles (MNT). Ce sont 8 décès par MNT sur 10, donc environ la moitié de la totalité des décès dans le monde, qui sont dus aux quatre premières : les maladies cardiovasculaires (17 millions), les cancers (7,6 millions), les maladies respiratoires chroniques (4,2 millions) et le diabète (1,3 million). Les décès par MNT ne sont plus réservés aux pays développés car 8 sur 10 surviennent dans les pays à niveau de vie bas ou moyen.

Ces MNT ont fait l'objet d'une réunion de haut niveau de l'ONU les 19 et 20 septembre 2011 à New York. Les organisations professionnelles internationales correspondant à ces maladies y ont attiré l'attention non pas sur les classiques augmentations de moyens, de personnel et de recherche, mais sur les causes de ces maladies : le tabac (6 millions de décès), l'inactivité physique (3,2 millions), l'alimentation riche en sucre et graisse (1,7 million) et l'alcool (1,15 million).

L'OMS est dorénavant chargée de la planification internationale de l'action. Il s'agit d'un véritable changement de paradigme au sens propre du terme car cette nouvelle orientation vient des cliniciens eux-mêmes.

Il faut remarquer que les causes principales des MNT sont surtout des produits industriels (tabac, alcool, aliments transformés), donc fabriqués, promus et vendus par l'homme, d'où la notion de pandémies industrielles. On pourrait y ajouter les accidents de transport (industrie automobile). Les causes de MNT se caractérisent par des marchés mondiaux, des intérêts économiques et financiers puissants qui peuvent peser par leur capacité publicitaire et de promotion, leurs pratiques intenses de lobbying, voire d'intimidation.

Les mesures de santé publiques doivent alors souvent être prises dans un contexte contraire, voire hostile. Il devient donc nécessaire de recourir au débat public, à la prise à témoin du public et au recours à son opinion. Il en résulte que la santé publique moderne demande à allier des modalités d'action *scientifiques, économiques, médiatiques, juridiques, politiques et diplomatiques*. Elles sont bien différentes de l'action de santé publique face aux maladies infectieuses, ce qui explique une évolution laborieuse des modalités de décision et de gestion des pouvoirs publics : multiplication des « scandales » de santé publique, éclatement en agences, regroupements à géométrie variable, indépendance dans l'inter dépendance, liens d'intérêts de l'expert, de l'administration, de l'homme politique. La notion de pandémie industrielle fait donc subir une évolution majeure à la santé publique dans tous ses aspects.

De nouveaux outils « défragmentant » le système de santé français

Francis Megerlin, Juriste, Maître de conférences - droit et économie de la santé, Université Paris Descartes

« Hormis quelques réseaux et initiatives remarquables, notre « système » de soins ambulatoires est jusqu'ici plutôt une juxtaposition d'acteurs individualistes et peu coopérants, aux pratiques segmentées, inflationnistes et non évaluées, centrées sur le traitement en phase aiguë. Ce n'est pas vraiment un « système », et pas conçu pour la prévention. Mais cela tend à changer.

Quelques exemples, les plus récents : consécration du concept de « soins de premiers recours » - auquel la prévention participe, et nouvelles missions à l'intersection des compétences de plusieurs professions de santé (loi HPST 2009) ; nouvelles organisations possibles pour la production des soins ambulatoires (loi Fourcade 2011) ; nouvelles méthodes de paiement (dont LFSS pour 2012) ; enrichissement de la vie conventionnelle (médecins et pharmaciens notamment), etc...

S'il n'est pas encore mature, ce cadre en mutation permet d'envisager une articulation innovante des acteurs (professionnels de santé ou non), à géométrie variable selon les territoires. Cela de façon donc plus adaptée aux besoins des patients et des populations, plus productive et efficiente en termes d'accès, de délais, de qualité et de coûts des soins. Efficience et productivité ne sont pas des mots grossiers. Appliquées à la prévention autant qu'aux soins, elles seront bientôt des conditions de survie de notre pacte constitutionnel en santé, financé par la solidarité nationale.

Pour la prévention primaire, les risques aujourd'hui dominants ont été pointés par le Professeur Gérard Dubois. L'objectif est essentiellement d'éclairer et de restaurer du bon sens comportemental (hygiène, alimentation, activité). Le problème n'est pas ici une carence du système *de soins*, mais éducative, sociale et civique. La réponse relève de l'éducation, de l'instruction, de l'information, de la consommation, tout comme d'un (r)éveil de la responsabilité de chacun. Peut-être pourrait-on aussi mieux considérer le potentiel des techniques de l'information et de la communication en matière de prévention. Certains outils nomades (« applis », « *serious games* », etc.) sont ainsi peu coûteux, faciles à disséminer et adapter à des publics variés pouvant servir de relais, amortissables à l'échelle européenne et au-delà. Cela ne pourrait-il intéresser les assureurs des soins ?

La prévention secondaire s'attache notamment au dépistage précoce. Dans ce champ, le progrès scientifique et technique aboutit au développement de Dispositifs Dédicés de Diagnostic In Vitro (DMDIV) en biologie et de dispositifs médicaux communicants en biométrie, etc... Tels des curseurs, ils peuvent être rapprochés des patients voire sont déjà utilisés par eux (auto-test, auto-contrôle, auto-surveillance). D'autres pourraient être mis en œuvre par des professionnels de santé de proximité connectés (par exemple, les pharmaciens), des collectivités ou des associations (cf. l'expérience itinérante en matière de diabète). Par actions d'opportunité selon des facteurs de risque, ou planifiées au plan local/régional/national, cela permettrait l'orientation vers les médecins de personnes qui ne consultent pas ou peu, tout en libérant du temps médical à revaloriser et prioriser. L'ordonnance de 2010 en prévoit le principe pour les DMDIV. Les lignes ne pourraient-elles bouger au-delà ? L'évolution interprofessionnelle des méthodes de paiement, dans l'intérêt partagé, pourrait faciliter de nouvelles organisations.

La prévention tertiaire, celle des risques de complications ou de rechutes liées à une affection traitée, pourrait s'appuyer sur des organisations innovantes centrées sur le patient. L'objectif est l'allocation optimale et harmonieuse du temps professionnel selon la qualification requise, les contraintes de distance et de délai, dans un projet de soins protocolisé entre acteurs. Ne pourrait-on par exemple envisager d'élargir l'objet social des Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires (SISA), au-delà de leur objet défini par la loi de 2011 ? Elles pourraient éventuellement être sollicitées par appels d'offre, pour des prises en charge globales, rapprochées et proactives, de patients chroniques ou non. Cela pourrait d'ailleurs aller de pair avec le référencement de praticiens voire d'organisations/réseaux, pour fluidifier les parcours, élever la qualité, évaluer et accroître la performance, réduire les coûts supportés par les patients enrôlés et donc aussi les motiver (ce qui n'est pas encore autorisé aux mutuelles). Compte tenu des perspectives démographiques, épidémiologiques et économiques nationales, est-il tabou d'y songer ? Tout cela ébranle certes les habitudes en présence. Mais point de fausse pudeur à l'égard de la question du financement et du paiement, des motivations économiques des acteurs et investisseurs en santé, au-delà de leur vocation sans laquelle rien n'est possible. Les contraintes financières vont bientôt être très fortes pour la France et nos compatriotes. Elles imposent de transformer nos systèmes pour en sauver les principes. La contractualisation et l'évaluation d'objectifs en santé, l'autonomie des organisations de soins selon les territoires, le développement des systèmes d'information et la cohérence des méthodes de paiement en sont des leviers. Cela

passer par de l'innovation organisationnelle (peut-on dire intellectuelle ?) avant même l'innovation technologique, qui déjà le permet.

Dans ce changement rapide de climat (d'une insouciance suicidaire à un catastrophisme excessif), l'enjeu de la prévention sera aussi et peut-être d'abord de donner, voire de rendre l'envie de vivre à nos concitoyens. Or, si le volontarisme étatique comme les prodiges du numérique doivent être salués, ils sont sur ce point impuissants. Thucydide avait souligné que ce qui fait la véritable défense d'une Cité n'est pas tant l'épaisseur de ses remparts (disons ici la sophistication institutionnelle et l'irresponsabilité individuelle), que le cœur de ses habitants. N'est-ce pas vrai aussi en matière de prévention, et, alors, comment y revenir dans un délai utile ? Cela me semble être une vraie question, une question de confiance.

11h – 12h30 « Vers de nouveaux métiers de la prévention dans une approche décloisonnée du système de santé »

- Jean-François Thebaut, Président de la commission amélioration des pratiques professionnelles et de la sécurité des patients de la Haute Autorité de Santé (HAS)
- Daniel Lenoir, Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nord-Pas-de-Calais
- Thomas Sannié, Président de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Île de France (CRSA)
- Philippe Juvin, Professeur, Député européen

Le « patient ressource » et le « patient partenaire »

Thomas Sannié, Président de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Ile-de-France (CRSA)

Thomas Sannié, « patient impatient » qui vient de l'Association Française des Hémophiles, rappelle que la légitimité du rôle des associations à travailler en complémentarité avec les professionnels de santé prend racine dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et dans les articles L.1161-1 et suivants du CSP relatifs à l'éducation thérapeutique du patient. Pour Thomas Sannié, il est grand temps de « valoriser le savoir des patients pour mettre en place une médecine plus à l'écoute des besoins des patients atteints de maladies chroniques et plus attentifs à la relation de soin » en s'appuyant sur deux catégories de patients : le « patient partenaire » et le « patient ressource ». Le « patient partenaire » utilisera son savoir acquis tout au long de sa vie sur sa pathologie pour participer à la formation des étudiants en médecine lors de leur cursus universitaire afin de compléter le savoir scientifique et protocolisé de ces futurs professionnels de santé. Le « patient ressource » ou « patient expert », formé au principe de l'ETP et à l'animation sur 40h, facilite l'écoute, la parole et le soutien du patient et rend plus aisée l'expression des patients auprès des soignants. Il reformule le « discours soignant » pour qu'il soit plus compréhensible et que les patients puissent se le réapproprier dans leur contexte de vie.

La nécessité d'investir pour la politique de prévention

Daniel Lenoir, Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nord-Pas-de-Calais

Daniel Lenoir, Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nord-Pas-de-Calais choisit de parler de son expérience lors de la mise en place du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) de l'ARS Nord-Pas-de-Calais. « *Le plan stratégique n'a pas été un plan organisé avec des priorités par pathologie puisqu'il s'agit d'un dispositif nouveau qui oblige à poser des questions fondamentales et à ne plus cloisonner par pathologie* ». Il explique les quatre leviers stratégiques sur lesquels s'appuie le PRS : « *l'éducation pour la santé qui sollicite la collaboration de l'Education Nationale afin d'apprendre aux futurs citoyens la grammaire de la santé ; la lutte contre les mauvais déterminants de santé de la région Nord-Pas-de-Calais, notamment par rapport aux maladies industrielles et comportementales ; un accès plus précoce aux soins qui passe par le dépistage et enfin l'organisation des parcours de santé, pas seulement ciblés sur les soins* ».

Daniel Lenoir note également la nécessité d'investir dans la dépense de prévention au regard des onze milliards d'euros de dépenses de santé financées par l'assurance maladie dans le Nord-Pas-de-

Calais tandis que l'ARS ne bénéficiait que d'un fonds de dix millions d'euros pour faire de la prévention. Daniel Lenoir souligne la mise en place de Fonds d'Intervention Régionaux (FIR) qui permettent le principe de « fongibilité asymétrique » c'est-à-dire pouvoir transférer de l'argent du soin vers les dépenses de prévention et d'accompagnement médico-social pour plus de flexibilité. Il note également la difficulté de mettre en place des pôles de compétence combattifs afin de professionnaliser les métiers de la prévention, la nécessité d'articuler le local et le global ainsi que d'intégrer des soins de prévention dans les parcours de santé. Nicolas Villain, ancien Directeur adjoint du Comité National Contre le Tabagisme (CNCT) et coordinateur auprès d'Europe Ecologie Les Verts (EELV) sur les questions de santé, économiques et sociales, identifie les problèmes de conciliation inhérents à la politique de prévention entre le court terme et le long terme, les enjeux économiques et la politique de santé. Pour Nicolas Villain, « *la prévention ce n'est pas seulement l'éducation mais aussi au sens large la santé environnementale* ». Il juge enfin « embêtant » que la HAS ne s'occupe pas de la prévention primaire. Jean-François Thébaut lui répond à ce propos que la HAS ne néglige pas la prévention primaire mais n'a pas de mission propre à ce sujet.

Les nouveaux métiers de la prévention

Jean-François Thébaut, Président de la commission amélioration des pratiques professionnelles et de la sécurité des patients de la Haute Autorité de Santé (HAS)

Jean-François Thébaut définit d'abord les missions générales de la HAS et son fonctionnement en identifiant les « *quatre concepts moraux d'un guide éthique de prise en charge, qui devrait bientôt être adopté par le collège de la HAS : la bienfaisance, la non-malfaisance, l'autonomie du patient et la justice sociale* ». Il rappelle également que la HAS n'a que peu de missions en matière de prévention primaire mais émet de nombreuses recommandations en matière de prévention secondaire et tertiaire. Pour Jean-François Thébaut, ces nouveaux métiers de la prévention doivent s'appuyer sur l'éducation thérapeutique, les coopérations interprofessionnelles, la télémédecine, les parcours de soins des maladies chroniques. Le protocole de coopération interprofessionnelle est autorisé par l'ARS de la région suite à un avis formel et opposable donné par la HAS. Cette coopération qui ne concerne que les professions de santé réglementées, doit garantir au patient une prise en charge du soin au moins égale en qualité et ne doit pas dégrader la qualité et la sécurité du soin. Les ARS peuvent reprendre n'importe quel protocole autorisé dans une région, ce qui favorise donc la promotion de l'expérience régionale.

Jean-François Thébaut critique ensuite le manque de réglementation de l'esanté au contraire de la télémédecine car « *seul l'acte médical bénéficie de l'environnement sécurisé du décret télémédecine tandis que beaucoup d'activité d'accompagnement des patients (conseils, applications santé, etc.) ne sont pas des actes médicaux, se trouvant ainsi dans le champ de l'e-santé qui n'est pas réglementé* ». Pour Jean-François Thébaut, le problème de ces nouveaux métiers est que souvent, notamment pour la prévention, ils ne bénéficient pas d'une formation suffisamment encadrée ni formalisée. C'est un des points de faiblesses souvent notés dans les protocoles de coopération proposés à l'évaluation de la HAS

Selon Danièle Desclerc-Dulac, Vice-présidente du Collectif Inter-associatif Sur la Santé (CISS) au plan national et Présidente de la Commission spécialisée respect et droits des usagers à la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) de la région Centre, « *la formation est nécessaire*

aux représentants des usagers pour être de véritables partenaires de la politique de prévention ». Christine Belhomme, fondatrice de Terre de santé, demande aux intervenants s'il ne serait pas « *pertinent de favoriser l'émergence de nouveaux métiers pour faire le lien entre la promotion de la santé et le monde de l'entreprise ».*

La volonté de peser dans le débat européen

Philippe Juvin, Professeur, Député européen

Philippe Juvin, député européen, recentre le débat dans le cadre européen, soulignant que « *les dépenses de santé, notamment dans le champ de la prévention, varient considérablement que l'on soit à l'est ou à l'ouest de l'Europe ».* Il critique la tenue d'un débat franco-français qui empêche la France de peser véritablement au sein de l'Europe. Philippe Juvin rappelle que si la définition de la politique de santé, la gestion et la formation des services de santé sont des compétences strictement nationales, l'Union Européenne possède une compétence d'appui et de coordination dans le domaine de la prévention. La prévention est devenue l'élément essentiel de toutes les politiques européennes, notamment en matière de santé publique.

Il y a donc un choix à faire si l'on souhaite peser dans les décisions de l'UE. La France doit impérativement améliorer et rationaliser sa politique de prévention en s'appuyant sur les programmes et plans d'actions de l'Union Européenne.

En ce qui concerne le degré de formation des professionnels de santé, la directive concernant la qualification professionnelle qui va être votée devrait homogénéiser la formation au sein des Etats membres. Philippe Juvin conclut en disant que l'UE essaye de peser dans le processus de décision des Etats sur la politique de santé à travers la prévention, ce qui fait de la prévention une question importante au niveau européen.

Conclusion

- Thomas Sannié revient sur le savoir porté par les associations de patients, pour la conception et la mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique auprès des patients :
« L'interdisciplinarité, le travailler ensemble est un enjeu majeur de l'ETP. C'est également dans cet esprit qu'il est important d'unir les forces de la prévention, du médico-social, du sanitaire, des associations et des élus, au niveau territorial pour définir, organiser, mettre en place et animer des projets territoriaux de santé fondés sur les besoins de santé des populations concernées. »
- Philippe Juvin rappelle : « *Nous ne sommes pas seuls. Il faut apprendre à peser à Bruxelles, ce qu'aujourd'hui la France ne sait plus faire. »*
- Jean-François Thébaud conclut sur « *le rôle de justice sociale de la politique de prévention avec les populations dites fragiles. »*

14h - 15h30 : « Cas pratiques : mettre en cohérence les choix de prévention nationaux et européens avec les nouvelles réalités régionales »

- Agnès Buzyn, Professeur, Présidente de l'Institut National du Cancer (INCa)
- Bertrand Dautzenberg, Professeur, Pneumologue à l'Hôpital La Pitié-Salpêtrière, Président de l'Office Français de Prévention du Tabagisme (OFT)
- Gérard Raymond, Président de l'Association Française des Diabétiques (AFD)

La nécessaire individualisation de la politique de prévention française

Agnès Buzyn, Professeur, Présidente de l'Institut National du Cancer (INCa)

Pour Agnès Buzyn, Présidente de l'Institut National du Cancer (INCa), il n'y a « *pas de discordance entre les priorités françaises et européennes mais il y a en revanche en France des inégalités régionales* ». Cette spécificité de la France est liée à la faible place de la prévention dans la formation des médecins et donc dans la pratique médicale. Elle est également liée à la perception différente par la population française des messages de santé publique, moins bien acceptés que dans le Nord de l'Europe. Agnès Buzyn note les trois leviers d'action de l'INCa : la nécessaire individualisation des messages de prévention, le travail de pédagogie à faire pour la hiérarchisation des risques car la perception des risques individuels tels que le tabac ou l'alcool est inférieure à la perception des risques environnementaux et la désignation du médecin généraliste en tant qu'émetteur de messages de prévention, plus audible que les autorités. Jean-Philippe Rivière, médecin généraliste, ex-directeur médical de Doctissimo et Gérard Raymond reprennent le discours d'Agnès Buzyn autour de la nécessité du recentrage de la politique de prévention autour du médecin généraliste, afin de lutter contre la méfiance des citoyens envers les institutions.

La communication préventive

Bertrand Dautzenberg, Professeur, Pneumologue à l'Hôpital La Pitié-Salpêtrière, Président de l'Office Français de Prévention du Tabagisme (OFT)

Bertrand Dautzenberg, Président de l'Office Français de Prévention du Tabagisme (OFT), rappelle que 90% des cancers du poumon sont liés au tabac, première cause de mort évitable, gaspillage sanitaire et gouffre financier puisque les 12 milliards récoltés grâce aux taxes du tabac reversés à la sécurité sociale payent pour les maladies graves à hauteur de 12 milliards. Bertrand Dautzenberg critique « *un discours médical culpabilisant qui enfonce les patients dans la maladie* » et dénonce l'absence de progrès dans la lutte contre le tabac dans la dernière Loi de Financement de la Sécurité Sociale alors que 65% des Français souhaitent davantage de contrôle sur le tabac. Agnès Buzyn note la différence de traitement de l'alcool, sujet tabou en France, alors que l'alcool est également cancérigène dès le premier verre et n'a pas de seuil en deçà duquel on est protégé.

Les difficultés de la communication dans les actions préventives

Daniel Seifer, médecin et chargé des relations publiques pour l'Association Hémochromatose France, souligne la difficulté de choisir la date de communication avec la population sur une pathologie. Olivier Mariotte, président de nile, s'interroge sur la saturation du calendrier avec les jours réservés aux pathologies, ce qui demande une réflexion afin de mieux s'accorder sur les plans

nationaux, internationaux. Cette difficulté est soulignée par Agnès Buzyn, pour qui « *la communication doit être maniée avec précaution car la communication systématique de chacun sur un créneau donné peut noyer l'information* ». Bertrand Dautzenberg souligne deux points : la question des priorités de l'agenda politique, puisque « *la nouvelle préoccupation des politiques est de faire la une du Parisien* » et la nécessité de mesures précises et régulières puisque les hommes politiques réagissent là-dessus. Bertrand Dautzenberg reprend l'exemple de la politique de sécurité routière qui donne des chiffres mensuels pour les accidents de la route, ce qui fait réagir les hommes politiques. Nicolas Villain souligne également « *la nécessité de la continuité dans les actions car pour le moment les actions préventives restent des actions ponctuelles et donc inefficaces* ».

La politique de prévention, mission régalienn

Gérard Raymond, Président de l'Association Française des Diabétiques (AFD)

Gérard Raymond, Président de l'Association Française des Diabétiques (AFD) demande la mutualisation des champs pour les maladies du métabolisme, les maladies cardiovasculaires et l'obésité et rappelle que la population mondiale compte 400 millions de diabétiques et que trois personnes sur quatre atteintes de diabète vivent dans des pays à revenus faibles ou moyens. Les problèmes de sédentarité, d'obésité et le niveau économique et social des personnes jouent un rôle majeur sur l'augmentation du nombre de personnes atteintes du diabète. « *La prévention est donc primordiale, il s'agit d'une mission régalienn* ». Il faudrait aller à la rencontre du public pour parler de questions-clé telles que le diabète, l'équilibre nutritionnel, l'obésité et l'activité physique afin de sensibiliser les gens à leur capital santé et les pousser à être plus actif vis-à-vis de leur santé. Il faut donc une formation des patients. Gérard Dubois, Professeur et Président de la Commission Addictions de l'Académie Nationale de Médecine, attaque vivement le fait que le Ministère de la Santé n'ait pas son propre budget et dépende encore de Bercy. « *La Ministre de la Santé est aussi Ministre de la Sécurité Sociale et donc aussi des retraites, des allocations familiales, elle manque de temps et n'est Ministre de la Santé qu'à temps très partiel* ».

La prévention par la vaccination

Olivier Mariotte, Président de nile

La vaccination est reconnue comme l'action, parmi les interventions sanitaires ayant le meilleur rapport coût efficacité, non seulement en termes d'espérance de vie mais également en termes d'économie pour la collectivité car le coût du traitement d'un patient malade, même celui qui est atteint d'une maladie bénigne, est généralement cent fois plus élevé que celui de la vaccination. Elle est non seulement la pierre angulaire des programmes de santé publique mais aussi l'une des actions en faveur des pays en voie de développement les plus aisées. Des millions de vies ont pu être sauvées grâce à ce geste de prévention. Le vaccin souffre en France d'une certaine désaffection ce qui n'est pas sans conséquence tant sur la santé publique que pour l'équilibre budgétaire du système de santé français. La légitimité de la France à l'international exige la mise en place d'une politique de vaccination cohérente et efficace à l'échelle nationale.

Le vaccin est par ailleurs un des domaines d'activités stratégiques où la France occupe le premier rang mondial tant sur le plan de la recherche et du développement que de la production. Dans ce secteur, elle dispose de ressources humaines et scientifiques et d'un tissu industriel concurrentiel.

Conclusion

- Pour Agnès Buzyn, *« la prévention va revenir sur le devant de la scène avec la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé qui en fait un objectif prioritaire de santé publique et le Président de la République qui veut en faire un axe majeur de travail du nouveau Plan Cancer. »*
- Bertrand Dautzenberg souhaite une évolution du Ministère de l'Enseignement National en Ministère de l'Education Nationale et transformer l'Assurance maladie en « Assurance santé » afin de mettre la prévention en première place
- Gérard Raymond souhaite également que l'Assurance maladie se transforme en « Assurance santé » pour faire de la prévention et de l'accompagnement. *« L'ensemble des acteurs ont pris conscience du déficit de prévention et de la nécessité de mettre de la coordination dans les acteurs, de cesser la guerre entre les établissements publics et privés et de faire de l'éducation à la santé un vrai programme ».*

Mot conclusif de la journée par Michel Ginestet, Président de Pfizer France

La prévention est un sujet dont il n'est pas toujours facile de parler, les politiques de prévention étant souvent supprimées lorsqu'un arbitrage budgétaire est nécessaire. Le contexte est aujourd'hui plus propice puisque la Loi Hôpital Patients Santé Territoires a remis la prévention dans la continuité du sanitaire et du médico-social et l'a donc réintroduite comme une notion importante.

Seulement 11% des dépenses sont actuellement consacrées à la prévention. Le Conseil Economique, Social et Environnemental soulignait d'ailleurs dans ses récents travaux trois lacunes que sont : la recherche de nouveaux traitements et la recherche de l'efficacité des traitements mis en place, les financements à fléchir pour éviter les arbitrages faciles, et la nécessité de simplifier la gouvernance.

Tous les acteurs de la chaîne de santé s'interrogent aujourd'hui sur la prévention et ses enjeux. Madame la Ministre de la Santé et des Affaires Sociales annonce une Stratégie nationale de santé et une grande loi de santé publique. Gageons que ces projets porteront un regard particulier sur les politiques de prévention.

Pfizer, en tant qu'entreprise du médicament, veut s'inscrire en partenaire des autorités et des parties prenantes pour promouvoir la réflexion et l'émergence des solutions. Le bon/juste usage du médicament commence par la prévention, afin que le médicament soit focalisé sur les bons patients au bon moment. Pfizer a l'ambition d'être une « *entreprise citoyenne* », dont la transparence est pré-requis indispensable et nécessaire, la transparence étant la base de confiance. Pfizer peut offrir non seulement une vision sur le sujet, mais aussi une expertise. Cette expertise réside d'abord dans les connaissances sur les pathologies, les parcours de soin, et la capacité à mettre en place des actions concrètes (pilotes). Michel Ginestet rappelle à ce titre la création de groupes de réflexion sur des sujets tels que le tabac et la vaccination.

La réflexion autour de la prévention doit être pragmatique et s'inscrire dans le long terme, autour de thèmes porteurs : la formation des professionnels de santé et du grand public, l'impact des nouveaux modes de rémunération en termes d'atteinte d'objectifs de santé publique, le développement de la télémédecine, la nécessité de disposer d'indicateurs homogènes et partagés de suivi et d'évaluation.

Clôture de la journée par Olivier Mariotte, Président de nile

Olivier Mariotte rappelle le discours d'Annie Podeur et ses quatre enjeux sociétaux : le vieillissement de la population ; l'environnement de plus en plus dangereux avec diverses expositions aux risques ; la mutation sociétale et l'allocation des ressources entre le préventif, le curatif et le palliatif. Les trois priorités sont l'implication directe et permanente des tous les acteurs que sont les institutions, les associations et les professionnels ; l'ajout chaque année d'une priorité dans un plan avec un plan opérationnel et une évaluation de ces plans sur un an puis à cinq et quinze ans plus tard ; l'évaluation des différentes politiques avec la création d'indicateurs de moyens.

Propositions issues des tables rondes

Propositions de la table ronde 1

- Pointer la politique de prévention contre le fléau des pandémies industrielles en créant des dispositifs fiscaux désincitatifs (Ex : taxe anti-obésité, renforcement de la taxe sur les produits du tabac, de l'alcool...)
- Centrer sur la dimension collective et individuelle des actions de prévention sur la population (l'investissement à court terme peut être rentable rapidement : exemple du Plan Cancer 1)
- Exploiter et orienter les nouveaux outils régionaux de coordination des professionnels de santé vers la prévention (appel d'offres « prévention » de l'ARS vers les SISA...)
- Construire des politiques de prévention et de santé publique, en motivant les citoyens et en repensant leurs responsabilités pour les impliquer davantage
- Introduire une appréciation motivée de l'économie dans l'organisation de la politique de prévention
- Introduire l'efficacité dans la culture de la prévention en évaluant les actions de prévention à 1 an, 5 ans et 15 ans
- Affiner les messages de prévention en fonction des publics cibles (précaires...) dans un contexte d'accroissement des inégalités sociales et territoriales

Propositions de la table ronde 2

- Inscrire « une clause prévention » dans l'ensemble des politiques de santé publique de l'Union Européenne
- Faire émerger le métier « d'acteur de la prévention » qui ne soit pas élevé seulement dans une culture curative
- Développer l'éducation à la santé dès le primaire avec l'Education Nationale, les échelons administratifs régionaux
- S'appuyer sur les nouveaux outils de la cohésion sociale territoriale dans la santé : dynamiser les Contrats Locaux de Santé (CLS) signés par les élus locaux avec les ARS
- Travailler à l'émergence de nouveaux métiers intermédiaires et inclure dans la formation initiale des professionnels de santé une expertise obligatoire en termes de santé publique et de prévention
- Redynamiser et orienter le Dossier Médical Personnel (DMP) à la fois sur le curatif mais également sur l'enregistrement de données de prévention

Propositions de la table ronde 3

- Permettre les conditions de la transformation de l'Assurance Maladie Obligatoire en Assurance Santé
- Mobiliser l'échelon de premier recours des professionnels de santé en impliquant étroitement le médecin généraliste et le pharmacien d'officine
- Placer les associations de patients et d'usagers du système de santé au cœur de l'expertise sur la prévention
- Responsabiliser l'Etat en l'obligeant à communiquer auprès du grand public et faire émerger des messages d'information et de prévention par exemple sur le lien entre alcoolisme et cancer
- Déployer et sécuriser les nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé fondés sur la performance et l'atteinte d'objectifs de santé publique (la convention médicale publiée en juillet 2011 instaurant le paiement à la performance pour les médecins libéraux et certains spécialistes)

Biographies des intervenants

Aline ARCHIMBAUD

Sénatrice Europe-Ecologie Les Verts de la Seine-Saint-Denis depuis 2011, secrétaire de la commission des affaires sociales du Sénat et conseillère municipale de Pantin, elle a été députée européenne de 1992 à 1994.

Agnès BUZYN

Présidente de l'Institut National du Cancer (INCa), Médecin et Professeur d'hématologie à l'hôpital Necker-Enfants Malades, elle était auparavant Présidente du conseil d'administration de l'Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire jusqu'en novembre 2012.

Bertrand DAUTZENBERG

Professeur de Pneumologie à l'Hôpital La Pitié-Salpêtrière, il est Président de l'Office Français de Prévention du Tabagisme (OFT).

Gérard DUBOIS

Professeur de Santé Publique au Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens, il est Président de la Commission Addictions de l'Académie Nationale de Médecine. Il a présidé le Comité National Contre le Tabagisme (1993-2003), l'Alliance Contre le Tabac (2003-2007) puis l'Alliance Prévention Alcool (2009-2012).

Jean-Claude ETIENNE

Membre de la section des affaires sociales et de la santé du Conseil économique, social et environnemental (CESE), Professeur de Médecine, il a été Député RPR de la Marne de 1993 à 2001 et Sénateur UMP de la Marne de 2001 à 2010.

Michel GINESTET

Président de Pfizer France et Directeur de la *Business Unit Primary Care*, il est ingénieur de formation et diplômé de l'Ecole Centrale de Paris.

Philippe JUVIN

Député européen et Maire de la Garenne-Colombes, il est également Professeur des universités spécialiste en anesthésie-réanimation et Chef du service des urgences de l'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP).

Daniel LENOIR

Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nord-Pas-De-Calais, il a été précédemment Directeur général de la Mutualité française de 2005 à 2009, Directeur général de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés de 2002 à 2004 et Directeur général de la Mutualité Sociale Agricole de 1997 à 2002.

Francis MEGERLIN

Juriste et Maître de conférences spécialisé en droit et en économie de la santé à l'Université Paris Descartes, il enseigne également à l'ESSEC et à Sciences Po, est chercheur associé du *Berkeley Center for Health Technology*, à l'Université de Berkeley (Californie) et membre de la Société Française en Economie de la Santé (SFES).

Annie PODEUR

Secrétaire Générale du Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE), Annie Podeur a été précédemment inspectrice des affaires sanitaires et sociales à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass) du Maine-et-Loire, directrice de l'Agence Régionale d'Hospitalisation de Bretagne (ARH) avant d'exercer au Ministère des Affaires Sociales et de la Santé en qualité de Directrice Générale de l'Offre de Soins (DGOS).

Jean-François THEBAUT

Président de la commission amélioration des pratiques professionnelles et de la sécurité des patients de la Haute Autorité de Santé (HAS), Cardiologue, il a été Président du Syndicat National des Spécialistes des Maladies de Cœur et des Vaisseaux (SNSMCV). Il a exercé des responsabilités électives professionnelles tant au niveau local (Conseil de l'Ordre) que régional (URML/URPS) ou national comme vice-président de l'UMESPE CSMF, notamment dans les domaines de l'organisation des soins, des NTIC en santé ou de la formation médicale.

Gérard RAYMOND

Président de l'Association Française des Diabétiques (AFD), Administrateur national du Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS), il est également représentant des usagers du système de santé à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, la Haute Autorité de Santé ou encore la Conférence Nationale de Santé.

Thomas SANNIÉ

Président de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) d'Ile de France, membre du conseil de surveillance de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), il est également Président de l'Association Française des Hémophiles.