



Compte rendu de la table ronde #2
« Prévention : sortir des incantations »

5 janvier 2022

Prises de parole des think tanks

Olivier Mariotte, Président de nile.

Merci à tous d'assister si nombreux à la seconde table ronde de l'initiative « Objectif Santé 2022 » dédiée à la question de la prévention. Ce sujet est primordial, et l'on peut voir toute son importance dans la période que nous traversons : si davantage d'efforts étaient faits en matière de prévention, nous serions sans doute mieux lotis en période de crise sanitaire. Je laisse la parole aux différents think tanks qui ont travaillé sur la question.

Fabienne Mignot, membre de l'Observatoire de la Régionalisation, responsable des relations institutionnelles d'un groupe mutualiste destiné aux professionnels de santé.

L'Observatoire de la Régionalisation est un groupe qui a réfléchi en se demandant si l'échelon de la région est le bon pour s'occuper des questions de santé. Nous avons été notamment auditionnés par la Mission parlementaire d'Évaluation des Comptes de la Sécurité Sociale sur ces questions.

Nos réflexions sur la prévention à l'échelon régional montrent que des acteurs prennent des initiatives qui fonctionnent : il y a en revanche une forte complexité d'identification de ces derniers dans le domaine de la prévention, ainsi qu'un manque de financements et de pilotage.

La prévention ne peut selon nous reposer uniquement sur les financements de la sécurité sociale. On sait que ce qui impacte la santé des populations ce sont les déterminants sociaux de santé ; à l'échelon local, les IREPS, les collectivités, et notamment les régions à qui sont dévolues des missions dans l'éducation et l'emploi, ont des impacts sur la santé. La sécurité sociale ne peut donc pas être le seul moyen de financement ; il faut mobiliser les acteurs, en faisant notamment le lien avec les collectivités. Un exemple de prévention qui fonctionne : il existe un programme européen, « Unplugged », qui sensibilise les jeunes sur la question des drogues et permet de mobiliser différents acteurs autour de séances de prévention. On sait que pour les adolescents bénéficiaires de ce programme ne rentrent pas dans la consommation de drogues ; la courbe de la consommation de substances, habituellement exponentielle passé la classe de 5^e, n'augmente pas les concernant. Il faut prendre exemple sur ce type de dispositif décloisonné, qui ne mobilise, dans ce cas, que 10H d'enseignement par an.

Sophie Beaupère, membre des Electrons, déléguée générale d'Unicancer.

Béatrice Noëllec, membre des Electrons, directrice des relations institutionnelles et de la veille sociétale de la FHP.

Premièrement, ce qui ressort de notre réflexion, c'est qu'il faut faire de la prévention une ligne directrice horizontale qui concerne l'ensemble des sujets sanitaires et sociaux et l'ensemble des acteurs. Cela semble évident mais doit être cependant rappelé.

Le récent rapport de la Cour des Comptes a montré que l'effort financier de la France sur la prévention était comparable à celui de nos voisins, mais rencontrait un certain nombre de problèmes contre productifs, par exemple un manque de coordination des programmes de prévention. Deuxième chose soulignée par ce rapport : l'insuffisance d'objectifs pluriannuels évalués. Ce qui ressort de l'expérience des acteurs sur ces sujets, c'est qu'il faut davantage faire confiance au terrain ; beaucoup d'expériences sont menées avec des bricolages de financement, ne sont pas toujours connues mais mériteraient d'être reproduites nationalement. En cancérologie par exemple, des programmes peuvent être financés par des instituts, des collectivités, avec de très bons résultats ; ces actions sont hélas trop peu diffusées faute de dispositif national permettant de prendre le relai.

Un sujet fondamental est celui des incitatifs financier. Les mécanismes financiers incitant notamment les professionnels de santé à développer des programmes de prévention sont insuffisants, mis à part l'article 51 qui se révèle hélas être une usine à gaz. Autre point primordial : l'utilisation des données. Le pilotage par la donnée des sujets de prévention permettrait une évaluation pluriannuelle et une véritable projection.

Deuxièmement, le rôle des complémentaires dans les actions de prévention doit être soutenu. Il est clair que les complémentaires sont mobilisées sur ce sujet ; cela n'est cependant pas toujours reconnu et mis en valeur, or il nous paraît fondamental que le rôle des complémentaires soit renforcé en ce domaine.

Troisièmement, la pandémie peut, même si c'est triste à dire, une opportunité d'irriguer le système de santé avec les enjeux de santé publique et de prévention : des coopérations ont pu être tissées, et il faut pouvoir pérenniser certains acquis de la crise. Certains acquis sont notamment la question de *one health*, qui a ressurgi à la faveur de la pandémie, qui consiste en une vision holistique de la santé. Pourtant, beaucoup d'interlocuteurs n'ont jamais entendu parler de ce concept et paraît éloigné du terrain, alors que ses enjeux sont très importants. Beaucoup d'enjeux, le logement, l'agriculture, l'industrie, l'éducation, sont des enjeux transversaux qui ont besoin d'une autre gouvernance, interministérielle. En matière de prévention, le champ est très important.

Enfin, il faut faire en sorte que dans la prévention également la démocratie sanitaire soit une réalité. On reste encore très imprégnés de démarche descendante, normative, voire punitive, en matière de prévention. Or il faut une mesure fine des signaux faibles et des degrés d'acceptation sociale des mesures, comprendre les comportements profonds, et cela ne peut se bâtir sans réelle démocratie sanitaire ; il ne faut pas une démarche de *sachant*, mais d'embarquement des acteurs de la société, aidée par les enjeux du numérique. Ceci concerne également les collectivités territoriales : celles-ci ont la charge d'enjeux de prévention importants ; il faut trouver un équilibre entre des priorités nationales et une liberté d'action territoriale. Il faut une impulsion nationale ; il y a un manque criant de visibilité et de cohérence de la prévention. Il faut que la prévention soit un sujet majeur, qui embarque tous les acteurs : établissements de santé, collectivités territoriales, professionnels de santé.

François Alla, membre de LISA, chef de service prévention au CHU de Bordeaux.

Quelques éléments de constat qui me semblent importants. Le rapport de la Cour des Comptes sur la prévention pointe un bilan de la prévention « médiocre » par rapport aux pays voisins. On parle souvent de la prévention en termes de moyens qui seraient manquants, et c'est effectivement un sujet dont il faut parler ; mais ce n'est selon moi pas une question de moyens mais de logiciel. En effet, la prévention est basée en France sur le postulat que le comportement de santé est un comportement individuel irrationnel lié au manque d'informations, et qu'il suffit de combler de besoin d'information et, au besoin, de punir. Or, c'est faux : s'il suffisait d'être informé pour ne pas adopter de mauvais comportement, ça se saurait, et il n'y aurait pas de médecin fumeur ! Il faut donc changer de paradigme, ce qui n'est pas une conclusion récente mais le résultat de 40 ans de recherche internationale.

La question est avant tout celle de l'environnement : environnement social, extérieur, etc. Pour prendre l'exemple de Bordeaux, plus de 30% des habitants va au travail à vélo, parce que la géographie, le climat, l'aménagement urbain le permettent, pas seulement grâce à des campagnes de prévention. C'est d'abord l'environnement qui fait le comportement. L'environnement n'est pas qu'une question de choix. Par exemple l'état nutritionnel est lié aussi au type d'enseigne que l'on fréquente ; les populations qui fréquentent le hard discount et disposent d'une offre de basse qualité sont en difficulté sur le plan nutritionnel. A considérer ainsi que le comportement est un choix individuel, on sur-responsabilise les personnes, voire on les culpabilise. Pour donner un exemple qui m'a fait bondir récemment au sujet des « 1000 premiers jours », enjeu très important car ces premiers jours de l'enfant sont primordiaux en termes de santé. Un site internet public a été mis en place ; dans ce site, à un endroit, on explique aux jeunes parents qu'il faut bien regarder les étiquettes car certains produits pour bébés sont dangereux. On marche sur la tête : si des produits sont dangereux il faut les interdire, et non pas conseiller aux parents de lire les étiquettes ! On fait artificiellement supporter aux personnes des enjeux sur lesquels ils n'ont pas la main.

Concrètement, agir sur les déterminants sociaux de santé implique de reprendre la déclaration d'Ottawa : « La promotion de la santé va bien au-delà des simples soins de santé. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard ». Peut-on le mettre en œuvre en France ? Le dépistage, c'est du « rattrapage » ; l'enjeu est d'éviter d'arriver à la situation du dépistage : permettre des modes de vie sains, mobiliser les milieux éducatifs, les structures de prévention, etc. C'est toute une chaîne qu'il faut construire. La prévention ce ne sont pas des préventions segmentées du cancer, des maladies rénales, etc. : c'est un sujet global, il faut une vision globale qui prenne en compte la globalité des questions de santé. La crise de la covid a permis d'ouvrir les yeux sur ce point, en se rendant compte qu'outre la question virologique pour les enfants par exemple, il y avait aussi la question psychologique, d'activité physique, etc.

Il faut un vrai pilotage de la prévention, à tous les échelons ; actuellement, c'est incompréhensible au niveau des responsabilités et des territoires. Ce pilotage de la prévention doit être démocratique. Si vraiment il y a des sujets où l'on ne peut pas faire sans les personnes, les groupes, les communautés, ce sont bien les sujets de prévention ! Il faut également demander des objectifs clairs aux acteurs. Si l'on veut que les acteurs, par exemple hospitaliers, s'investissent en prévention, il faut inclure cela dans les certifications, les CPOM, etc.

On a aussi besoin d'être « *evidence-based* » ; des programmes qui ont démontré leur efficacité en termes de comportement, il y en a très peu. Or il faut se baser sur des preuves pour que l'argent investi

en prévention soit réellement efficace ; deux tiers des programmes de prévention sont efficaces, voire délétères.

Un tout dernier mot : on parle de la charge hospitalière en ce moment ; pour rappel, 50% des hospitalisations sont liés à des facteurs évitables par la prévention !

Didier Bazzocchi, vice-président du CRAPS, ancien directeur général de la MMA.

J'interviendrai surtout avec des réflexions personnelles mais qui rejoignent la ligne du CRAPS, qui est de donner un rôle important aux acteurs de terrain. Une première remarque, sur la question de la gouvernance. J'ai commencé par relire l'article 1411 du Code de la santé publique ; au fond, tout y est ! On peut juste s'étonner que cela ne soit pas appliqué alors qu'on y consacre 15 milliards d'euros. La politique de santé relève de l'Etat, y lit-on, avant une déclinaison des principaux objectifs. 20 ans après la loi de 2002, il faut se demander ce qu'il se passe en termes de gouvernance.

Quand on parle de prévention, je suis un peu gêné en tant qu'ancien assureur car pour moi la prévention est un outil au service d'une politique. Que veut-on comme objectif de santé publique, ou comme objectif de gestion du risque ? Ces stratégies de prévention, si elles ne sont pas au service d'objectifs clairs, engagent de fortes dépenses pour des résultats décevants. Prenons quelques exemples. Sur l'obésité : Monique Romon, ex-chef du service nutrition du CHU de Lille avait conduit avec l'ARS une expérience intéressante qui consistait à s'appuyer sur les associations de quartier pour lutter contre l'excès de poids des jeunes. Puis, la dotation du Fonds d'intervention régional (FIR) prévue pour trois ans s'est arrêtée et toute l'initiative est tombée ! C'est un exemple typique de gâchis, qui montre bien qu'il y a une question centrale de gouvernance.

Les complémentaires font beaucoup, mais de manière accessoire, sans que cela ne relève de leur modèle économique. La prévention est un outil de gestion du risque ; si on l'aborde ainsi, on a un objectif clair qui est de réduire un risque. On engage alors une stratégie claire de prévention, chiffrée et organisée. Il faut distinguer ce qui relève du service public pour toutes les populations, en particulier défavorisées, avec certainement une priorisation sur celles-ci, et ce qui relève du pilotage du risque chez des populations plus insérées dont on connaît la prophylaxie. Par exemple, concernant les chauffeurs routiers ou les boulangers, on a des actions de prévention très concrets qui visent des risques bien identifiés.

Pour faire confiance au terrain, il faut se poser une question : l'Etat est-il le mieux placé pour mettre en place sur le terrain des actions de prévention, ou faut-il faire confiance aux régions qui, d'un endroit à l'autre, ont à connaître et à traiter de sujets de santé publique très différents ? La région est un lieu de réflexion et d'action important.

Pour les salariés, d'une manière générale, on peut faire confiance que l'Etat n'a pas fait confiance aux partenaires sociaux. Les complémentaires mènent, sur leurs fonds propres, des actions de prévention ; mais ce n'est pas duplicable au niveau du modèle économique, tant que la question de la gestion du risque n'est pas clarifiée. Par exemple, la question de l'arrêt de travail est un excellent sujet : personne n'est responsable de ce sujet alors qu'il s'agit d'un vrai problème de prévention.

Olivier Mariotte.

Quelle est la position de l'Observatoire de la Régionalisation sur la gouvernance, et sur qui doivent reposer les financements ?

Fabienne Mignot.

La prévention est une responsabilité qui dépasse celle du seul système de santé. Par exemple, le conseil régional a des prérogatives en emploi, formation, lycées, aménagement du territoire ; d'autres

prérogatives, comme celles des départements, sont primordiales en termes de prévention. Ces sujets dépassent les seules prérogatives des ARS.

On fait reposer sur les salariés la responsabilité du management de l'organisation, qui peut être délétère. Les responsables politiques doivent pouvoir rendre des comptes sur l'amélioration des indicateurs de santé publique, là où les responsabilités sont trop morcelées chez les acteurs sociaux et sanitaires.

En termes de ressources, les acteurs de santé sont bien entendu mobilisables ; mais on ne peut pas considérer que l'école, les entreprises, les acteurs de l'environnement n'ont pas de rôle à jouer. Ils doivent donc contribuer également.

Échanges

François Alla.

Le financeur principal de la prévention est actuellement l'Assurance Maladie. Sur l'hypertension, un patient sur 5 est traité à tort, soit 400 millions d'euros de dépenses indues ; en prévention, il y a donc aussi un enjeu de pertinence. Ces 400 millions d'euros, distribués aux acteurs de terrain, seraient très efficaces. Récemment, une mairie m'a demandé conseil en matière de prévention ; elle souhaitait s'investir dans ce domaine auprès des enfants scolarisés. Or, la plus-value des communes n'est pas dans l'éducation à la santé à l'école mais dans le logement, les espaces verts, l'aménagement urbain ; c'est ainsi que les villes font de la prévention. Ces aspects ne sont pas chiffrés ni mesurés et sont difficiles à valoriser.

Didier Bazzocchi.

On ne peut pas régler la question de la prévention en disant « les complémentaires ont de l'argent, elles n'ont qu'à faire de la prévention ».

Pour qu'un opérateur puisse s'engager sur la prévention, il faut lui confier la gestion du risque. Quel que soit le choix qui est fait, il faut que celui qui engage les dépenses de santé puisse peser sur celles-ci, par exemple en réduisant le risque.

Un sujet classique : si on confie la gestion du risque dentaire aux complémentaires, on verra des visites de prévention dentaires gratuites apparaître car c'est dans l'intérêt de l'assureur.

Sophie Beaupère.

La question de la pertinence des actes est déterminante. Sur les expérimentations « Article 51 » qui concernent la coordination des acteurs, les leviers de financement portent sur l'évitement des actes redondants ; on peut donc avoir des leviers de financement.

Antoine Prioux, Pharmacien d'officine en milieu rural et coordinateur d'une maison de santé universitaire.

J'interviens pour vous parler de notre travail local, que l'on pourrait qualifier de « bidouillage » ; notre activité nous permet de faire de la production de données participative. Les dossiers patients consolidés nous permettent d'avoir de la *small data* et ainsi d'avoir des données de santé publique à l'échelle d'un territoire. On peut ainsi commencer à faire de la gestion du risque à l'échelon communautaire. On a donc aujourd'hui des bases de données consolidées, structurées, comportant les déterminants de santé, les états cliniques dans le temps, des données médico économiques, paracliniques. Ce sont des microbases territorialisées qui nous permettent de communiquer avec des « pool » de patients, par exemple par pathologie. Il faudrait que l'on soit capables, aujourd'hui, de collaborer au niveau de la recherche avec des équipes interdisciplinaires en santé publique.

Marc Bourquin, Conseiller stratégie, FHF.

Evidemment, la prévention est totalement multifactorielle et interministérielle. Mais il faut quand même un principe de responsabilité ! L'une des clés serait que, à l'échelle d'un territoire, les acteurs de santé voient une part de leur rémunération dépendante d'indicateurs de santé publique de manière à ce qu'il y ait une rétribution de la prévention. Aujourd'hui, si l'espérance de vie n'augmente plus, c'est que la prévention coûte aux acteurs, voire pourrait réduire leurs ressources si elle atteint ses objectifs. Une part de la prévention des acteurs de soins doit donc être question de l'évolution d'indicateurs.

Un deuxième point, celui des patients eux-mêmes : est-ce qu'il serait absurde de dire que, plutôt qu'un reste à charge indifférencié selon les individus, le reste à charge serait dû aux seules personnes n'ayant pas réalisé certains actes de prévention ? En Scandinavie, sur la question bucco-dentaire, il n'y a pas de reste à charge lorsque l'on a suivi les actions prévention. Le ticket modérateur ne modère rien du tout, il exclut du soin ; il faudrait changer sa logique.

Didier Bazzocchi.

C'est un sujet très délicat éthiquement, facile à gérer pour les populations insérées, beaucoup moins pour les populations défavorisées. Il faut faire confiance au terrain et aux acteurs, notamment aux représentants des assurés qui peuvent convenir de ce qui est souhaitable pour la population.

François Alla.

L'enjeu de l'organisation est primordial, avant même la question de la rémunération. Pour prendre l'exemple très concret de la consommation de tabac chez la femme enceinte, qui bat des records en France. Cette question est un vrai consensus scientifique, médical ainsi que chez les femmes elles-mêmes ; d'ailleurs, beaucoup de moyens sont mis en place, et les femmes ont 10 à 12 contacts avec le monde médical pendant la grossesse. Or, dans 1 cas sur 5, aucun professionnel ne leur pose la question de leur consommation de tabac ; et quand on leur pose la question, dans 1 cas sur 2, on ne leur offre pas de solution. Ce n'est pas une question d'incompétence mais de manque de débouchés de prévention qui s'offrent aux professionnels. On a expérimenté, dans un territoire, un programme très simple de mise en relation entre les professionnels suivant les femmes enceintes et des tabacologues, qui a réduit d'un quart le tabagisme des femmes enceintes, sans aucun centime de rémunération supplémentaire. L'enjeu n'est donc pas tant le patient non compliant, ni le professionnel insuffisamment investi, mais l'organisation sur le territoire ; les CPTS et autres modes d'organisation sont donc un enjeu essentiel.

Béatrice Noëllec.

Le sujet de la prévention de la santé mentale est aussi primordial, on ne sortira d'une vision stigmatisante de la santé mentale qu'en investissant les questions de prévention. Deuxième sujet important : la prise en compte des enjeux sociétaux. Par exemple, le coût économique des violences intrafamiliales est de deux milliards d'euros par an. Il y a donc lieu, sur les enjeux sociétaux comme celui-ci, de s'investir fortement ; c'est plus facile de parler de tabac et d'alcool que de ces sujets que l'on a tendance à latéraliser, alors qu'ils sont primordiaux.

Jean-Claude Henrard, Rédacteur en chef de la revue Santé publique.

Il manque à mon avis deux éléments à ce que vous avez exprimé. Tout d'abord sur la place des communes dans la prévention ; l'Etat doit donner plus de compétences au bloc communal en santé. Deuxième point : il faut faciliter la prise en charge par les ARS et l'Etat de toutes les interventions locales qui sont souvent trop méconnues et qui méritent d'être mises en valeur et reprises.