



Bilan et perspective des politiques de prévention

La Cour des comptes, le Conseil économique et social, l'Igas mais aussi le Commissariat général à la stratégie et à la prospective ont réalisé des travaux d'évaluation des politiques de prévention et/ou ont émis des recommandations pour améliorer la conception de ces politiques.

Les politiques de prévention en France : bilan et recommandations des instances d'évaluation et de consultation

Renée Pomarède
Médecin de santé
publique, secrétaire
générale du HCSP

*Les références entre
crochets renvoient à la
Bibliographie générale
p. 64.*

Devant l'évidence qu'en France le système de santé est essentiellement un système de soins, les dernières lois en matière de santé (2002, 2004, 2009) ont tenté de donner à la prévention une place plus conséquente et de la doter d'outils opérationnels qui facilitent son développement.

Cependant l'évolution est lente ; c'est pourquoi les instances d'évaluation, d'audit, de démocratie sanitaire ont réalisé de nombreux travaux sur ce sujet pendant les dernières années, rapports généraux sur la prévention [22, 24, 46] mais aussi rapports thématiques (encadré p. 19) établissant le bilan de l'avancement de la prévention et préconisant des mesures pour l'avenir.

Les travaux de la Cour des comptes mais également ceux du Conseil économique, social et environnemental (encadré p. 19), réalisés en 2011 et 2012, sont le fondement de cet article qui rapporte leurs analyses et leurs propositions. Les parlementaires, Assemblée nationale et Sénat, ont commandé plusieurs de ces rapports à la

Cour des comptes ; ils les ont souvent complétés avant d'édicter leurs propres recommandations.

Partant d'éléments de constat largement partagés, la majorité de ces travaux aboutissent à des recommandations convergentes concernant le pilotage des actions et le nécessaire développement d'actions innovantes, expérimentées et évaluées avant leur généralisation.

Des constats partagés

Il n'existe pas de définition stable de la prévention

L'OMS définit la prévention sanitaire comme l'ensemble des mesures visant à éviter l'apparition, le développement ou les complications d'une maladie. Ceci aboutit à différencier la prévention primaire qui réduit l'incidence d'une maladie en agissant sur les causes, la prévention secondaire qui vise à détecter précocement une maladie pour la traiter plus facilement (ex. : dépistage), et enfin

Rapports thématiques dans le domaine de la prévention

Cour des comptes

Juridiction indépendante composée essentiellement de magistrats, organisée en 7 chambres.

La sixième chambre est compétente en matière de santé et de sécurité sociale.

Elle veille à la régularité, à l'efficacité et à l'efficacité de l'usage des fonds publics. Pour cela elle juge, contrôle, évalue et certifie.

La révision constitutionnelle de 2008 lui confie une mission nouvelle de conseil au gouvernement et d'assistance au Parlement, et la loi de 2011 une mission d'assistance au Parlement dans l'évaluation des politiques publiques.

La Cour des comptes peut être saisie par le gouvernement, l'Assemblée nationale et le Sénat.

Son travail obéit à trois principes : indépendance, collégialité et procédure de contradiction.

La publication des rapports répond à la mission d'information du citoyen.

- Lutte contre le tabagisme : décembre 2012
- Politique vaccinale de la France : octobre 2012
- Médecine scolaire : septembre 2011
- Nutrition : rapport public annuel 2009
- Politique sanitaire de lutte contre l'alcoolisme : rapport public annuel 2003 – enquête de suivi 2006

Conseil économique social et environnemental

Instance consultative représentant les forces vives de la Nation

● Composé de 233 membres représentant des syndicats, des associations aussi que des personnalités associées. Leur mandat est de cinq ans.

● Organisé en sections, (ex. : aménagement économie, éducation, affaires sociales et santé...) et en délégations transversales, (ex. : évaluation et prospective, droit des femmes...).

Le CESE peut être saisi par le gouvernement, l'Assemblée nationale ou le Sénat. Il peut être saisi par voie de pétition (500 000 personnes) et peut également s'autosaisir.

Ces avis doivent être transmis dans un délai maximum d'un an.

- Prévention du suicide : février 2013
- Inégalités à l'école : septembre 2011
- Dépendance des personnes âgées : juin 2011
- Santé des femmes : juillet 2010
- Pédopsychiatrie, prévention et prise en charge : février 2010

la prévention tertiaire qui tend à diminuer les récidives, les complications et les séquelles.

Une autre définition (Gordon, 1983) se fonde sur une approche populationnelle et différencie la prévention universelle, qui s'adresse à tous (hygiène, éducation pour la santé), la prévention sélective, destinée aux groupes ayant un risque plus élevé de développer une maladie et la prévention indiquée pour les individus qui ont des signes d'appel de la maladie (ex. : éducation thérapeutique).

Une autre manière de penser consiste à considérer la prévention non médicalisée qui englobe tous les déterminants de la santé et qui se trouve principalement hors du champ sanitaire : éducation, logement, travail, transports, alimentation, et la prévention médicalisée mobilisant les professionnels de la santé : dépistages, examens variés, éducation thérapeutique mais aussi éducation et promotion de la santé. Les actes de soins peuvent également avoir une dimension préventive ce point sera développé dans un des articles de ce dossier.

La politique de prévention est entrée pour la première fois dans le Code de la santé publique en 2002 «... a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels ou collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident». La loi du

9 août 2004 relative à la politique de santé publique a modifié cette définition en l'englobant dans le champ de la santé publique (CSP art. L. 1411-1) qui comprend :

- la prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités,
- l'information et l'éducation à la santé,
- l'identification et la réduction des risques dans les différents domaines (environnement, travail, transport, alimentation...),
- la réduction des inégalités de santé.

L'approche de 2004, toujours en vigueur, a pour ambition d'amorcer un continuum entre la prévention et le soin, au sein d'une population responsabilisée et participant aux actions de prévention, pour améliorer la santé et en réduire les inégalités.

Le périmètre du financement est incertain

L'effort financier consenti à la prévention est difficile à cerner. L'imprécision de la définition des actions de prévention en est la raison principale. Les dépenses sont engagées par l'État, l'assurance maladie, les collectivités territoriales, et les circuits financiers sont mal identifiés.

L'État compte à son budget un programme «Prévention et sécurité sanitaire» et les deux domaines sont imbriqués (environ 400 millions d'euros en 2010); la ventilation est d'analyse complexe, d'autant que ce programme



comporte des actions nationales et régionales (politique régionale de santé des ARS). Outre ce programme dédié, d'autres y contribuent pour partie, par exemple « Vie de l'élève », « Sécurité et qualité sanitaire de l'alimentation », « Prévention des risques liés à l'environnement ». À ce jour, il n'existe pas dans le budget de l'État un document transversal sur la prévention sanitaire.

Le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information (FNPEIS) de l'assurance maladie a été créé pour financer toutes actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires propres à améliorer l'état de santé général de la population. Les actions exemplaires sont celles de la prévention bucco-dentaire, celles des dépistages organisés des cancers et celles de la vaccination ROR ou contre la grippe. D'un montant de 450 millions d'euros en 2010, ces crédits ne représentent qu'une part limitée des crédits de prévention de l'assurance maladie qui sont majoritairement remboursés au titre de la maladie.

La participation des collectivités territoriales, PMI, santé scolaire, médecine du travail se fait à hauteur d'au moins 2 500 millions d'euros. La prévention dans le domaine environnemental (hygiène du milieu, lutte contre les pollutions) représente près de 2 000 millions d'euros.

Ainsi, dans les Comptes nationaux de la santé, les actions de prévention organisées (à l'exclusion des dépenses au titre de la maladie) sont estimées en 2010 à 5,5 milliards d'euros.

Compte tenu des dépenses de prévention intégrée aux soins, estimées dans un travail récent de l'Irdes, le total de l'effort consenti pour la prévention approcherait les 10 milliards d'euros.

La gouvernance est éclatée au niveau national

Comme le suggère la description des sources de financement, au niveau national, les acteurs de la politique de prévention sont nombreux et leurs missions et actions peuvent se chevaucher.

C'est l'État qui est responsable de la politique de prévention, comme le réaffirme la loi de santé publique de 2004. Le ministère de la Santé joue un rôle pilote : la Direction générale de la santé fixe les priorités et élabore les programmes, et la Direction de la sécurité sociale gère les dépenses (régime obligatoire et professionnels de santé) ; d'autres ministères sont appelés à participer à des degrés divers.

Aux côtés de l'État, on trouve :

- des instances de conseil comme la HAS, qui élabore des stratégies de prévention (dépistage, éducation thérapeutique), et le HCSP, dont une des commissions est spécialisée dans le domaine de la prévention, éducation et promotion de la santé ;
- les agences sanitaires, au premier rang desquelles l'Inpes, en charge de la communication sur les actions de prévention et de leur déploiement en région. Les agences telles que l'Anses, l'InCA ou l'ABM ont dans leur domaine un volet concernant la prévention ;

- les services tels que la PMI, la santé scolaire ou la santé au travail ont, sur le sujet de la prévention et de l'éducation à la santé, un important domaine d'intervention obligatoire ;

- les caisses d'assurance maladie participent largement aux dépistages, aux campagnes de vaccination (grippe, rougeole) et réalisent parfois des examens de santé ;

- enfin, certaines associations et les professionnels de santé dans leur ensemble participent à l'effort de prévention.

Ce foisonnement d'acteurs est mal coordonné, ce qui nuit à l'efficacité.

L'espoir existe d'une coordination opérationnelle en région

Les ARS, mises en place en 2010, rapprochent au niveau régional les compétences de l'État et de l'assurance maladie. Elles ont notamment pour mission de définir une politique nationale de prévention ; elles ont la configuration et les moyens pour assurer une coordination et une animation des acteurs locaux de la prévention et ainsi mettre en œuvre cette politique.

La plupart des ARS se sont organisées pour avoir une direction de la prévention. Elles ont l'obligation d'élaborer un schéma régional de prévention (SRP) transversal qui comprend les apports de la promotion de la santé (PMI, école et travail), de la santé environnementale et de la sécurité sanitaire. La commission de coordination dans le domaine de la prévention, qui participe à son élaboration, réunit les représentants de l'État de ces différents champs, mais aussi les représentants des collectivités territoriales et de l'assurance maladie.

Au sein de l'ARS, ce schéma de prévention s'articule avec les volets prévention des autres politiques de santé : les actions de prévention médicalisée de la médecine ambulatoire, les actions de prévention et d'éducation thérapeutique de l'hôpital, le volet du programme d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité.

À cela viennent s'adjoindre les mesures prévues dans les accords État-assurance maladie, tant au niveau national qu'au niveau local, ainsi que les actions du programme pluriannuel de gestion du risque.

La politique de santé publique a été mal comprise

En France, l'état sanitaire est globalement bon et les indicateurs s'améliorent au cours du temps. Cependant, il reste des possibilités notables d'amélioration. En effet, la mortalité prématurée y est plus importante que dans les pays comparables, surtout chez les hommes. Si l'espérance de vie est une des meilleures du monde, il n'en est pas de même de l'espérance de vie sans incapacité. De plus, les inégalités sociales et territoriales de santé sont importantes.

La loi pour une politique de santé publique de 2004 a voulu renouveler l'exercice et mettre en avant une politique dont on puisse mesurer les résultats. Elle a décliné la santé en 100 objectifs, dont la cible quantifiée

devenait être atteinte en cinq ans et a préconisé 5 plans stratégiques de santé, particulièrement importants pour atteindre les objectifs : lutte contre le cancer, santé environnement, prise en charge des maladies rares, qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et enfin lutte contre la violence (cette politique n'a jamais bénéficié de l'élaboration d'un plan).

Cette approche a amené beaucoup de critiques la multiplicité des objectifs comporte un risque de dispersion et les 5 plans dits « stratégiques » sont concurrencés par de nombreux autres tels que le plan Alzheimer voulu par le président de la République.

Tous les rapports préconisent la définition de quelques priorités, d'un nombre limité d'objectifs assortis d'indicateurs facilement évaluables.

Le HCSP, pour sa part, a défendu l'existence d'un large panel d'indicateurs qui permettent de décrire l'état de santé de la population, de se comparer aux autres pays de même niveau socio-économique et, par voie de conséquence, d'aider à la définition des futures priorités.

Une politique non évaluée

L'évaluation médico-économique des actions de prévention avant leur mise en œuvre (*ex ante*) n'est pratiquement jamais faite en France, même si tous les acteurs la recommandent. La HAS commence à développer ce type d'approche, et à un moindre niveau le HCSP en ce qui concerne les vaccins. Les conclusions de ces travaux sont difficiles car il n'y a pas de consensus sur le niveau de dépenses socialement utile ou sur la valeur de la vie humaine.

Les évaluations des politiques de prévention (*ex post*) ont rarement été réalisées. Le HCSP a évalué les objectifs de la loi de santé publique de 2004, dont plus de la moitié pouvait être rattachée à la prévention. Cet exercice a montré ses limites, énoncées par le HCSP lui-même : tous les objectifs ne sont pas assortis d'indicateurs, tous les indicateurs ne sont pas mesurés faute de système d'information adapté, enfin, parmi les indicateurs mesurés les chiffres disponibles sont souvent anciens. Cela ne doit pas remettre en cause la nécessité de l'évaluation.

Des propositions convergentes

La politique de prévention doit être formalisée, prévoir la complémentarité des différents acteurs et être évaluée

La politique de prévention doit être un chapitre de la prochaine loi de santé publique. Pour être lisible, selon la Cour des comptes et les parlementaires, elle doit comporter un nombre limité de priorités, dont la définition pourrait être confiée à la HAS. Des thèmes classiques à partir des principaux déterminants individuels de la santé sont proposés : alcool, tabac, surcharge pondérale, sédentarité. Le Conseil économique social et environnemental (CESE) a une conception globale de la prévention, sa recommandation est que la prévention fasse l'objet d'un parcours, tout au long de la vie, pour promouvoir la santé et bien la gérer.

La politique de prévention concerne plusieurs ministères, non seulement celui de la Santé mais également du Travail (médecin du travail) et de l'Éducation nationale au travers de la médecine scolaire. Le rapporteur de l'Assemblée nationale propose la rédaction par ces services de plusieurs documents obligatoires de prévention ainsi que leur transmission au médecin traitant. Le médecin traitant aurait lui-même à rédiger pour ses patients un document de synthèse annuel, qui serait adressé aux autres médecins concernés.

D'autres ministères devraient être plus impliqués – sports, transports, urbanisme... Leurs actions passent souvent par les collectivités territoriales, les contrats locaux de santé conclus entre les collectivités territoriales et l'ARS sont l'outil de choix pour décliner ces politiques. Par exemple, la lutte contre les inégalités serait menée notamment par des actions renforcées de la PMI.

Les régimes d'assurance maladie et les complémentaires santé, qui participent à la politique de prévention, pourraient inscrire leurs actions dans les priorités définies par la loi de santé publique.

Aujourd'hui, la politique de prévention est peu ou pas évaluée. Cependant, si elle est mieux formalisée, faisant suite aux premiers essais d'évaluation des 100 objectifs de santé publique, le HCSP peut être un acteur de cette évaluation. Il est préconisé que la HAS le soit également et que le rapprochement de ces deux structures soit envisagé.

Des recommandations qui concernent des thèmes spécifiques

De nombreux thèmes de prévention ont été approfondis (rapports d'évaluation de la politique menée, assortis de recommandations ou rapports thématiques) par la Cour des comptes ou par le CESE. Certains ont été repris par les parlementaires. Pour chacun des thèmes déclinés ci-après, le Haut Conseil de la santé publique a publié un avis et a été reçu par les parlementaires ou la Cour des comptes lors de l'élaboration de leurs travaux.

S'agissant de la médecine scolaire (2011), les rapports traitent de la santé scolaire comme politique au bénéfice des élèves, politique d'éducation à la citoyenneté qui doit mobiliser les personnels enseignants aux côtés des personnels de santé et faire participer les parents. La santé à l'école ne doit pas être une liste de problèmes de santé à éviter, mais l'acquisition d'une capacité à faire des choix responsables pour sa santé tout au long de sa vie. Pour cela, la coordination interministérielle est fondamentale, une définition claire des objectifs attendus et des missions des différents personnels est nécessaire pour construire un parcours de santé à l'école qui détermine les acquisitions que les élèves doivent faire à chaque niveau. Les moyens d'évaluer l'atteinte de ces objectifs doivent être assurés.

S'agissant de la politique vaccinale (2012), son objectif est de diminuer la prévalence des maladies. La couverture vaccinale devrait être ciblée pour atteindre ces objectifs et



donc différente d'une maladie à l'autre. La détermination du prix des vaccins pourrait être améliorée et les taux de remboursement différents en fonction d'analyses médico-économiques et du service médical rendu. Pour combler les lacunes de la couverture vaccinale, il est préconisé de pouvoir vacciner dans les centres d'examen de santé de l'assurance maladie, dans les écoles, et de nommer un chef de projet vaccination dans chaque ARS. La question du renforcement de la communication publique sur les vaccins est évoquée, tandis que la pertinence de la publicité par les firmes à l'origine des vaccins devrait être évaluée avant sa mise en œuvre.

La politique de lutte contre le tabagisme (2012), délaissée depuis quelques années, doit faire l'objet d'une stratégie pluriannuelle, être inscrite dans la prochaine loi de santé publique et être déclinée dans un plan spécifique. La coordination de cette politique interministérielle doit être confiée à la Santé. Elle doit en même temps porter sur la fiscalité du tabac, sur les actions réglementaires et leur contrôle effectif (interdiction de fumer dans certains lieux, de vente aux mineurs, de publicité, etc.), déterminer des actions de prévention primaire (à l'école par ex.) ou secondaire (aide au sevrage). Enfin, la coopération internationale doit s'amplifier sur les prix et taxes au niveau européen, sur les paquets neutres et enfin sur le trafic au niveau international.

Construire un parcours de prévention «citoyen» tout au long de la vie est une recommandation du CESE. Celui-ci inclut les visites de prévention depuis la grossesse jusqu'au départ à la retraite, en passant par la médecine scolaire, la médecine universitaire et la médecine du travail, les examens de dépistage et les vaccinations.

Une gouvernance rénovée

Le rapport de l'Assemblée nationale préconise que le

pilotage par l'État de cette politique éminemment interministérielle soit assuré par un délégué interministériel à la prévention, rattaché au Premier ministre. Le directeur général de la Santé (ou le secrétaire général des ministères sociaux) pourrait remplir cette fonction. L'Inpes deviendrait le bras séculier du délégué interministériel à la prévention, qui travaillerait par ailleurs, de manière rapprochée, avec la Conférence nationale de santé.

Le délégué interministériel aurait également mission de coordonner les agences régionales de santé qui déclinent la politique sur leur territoire. Dans ce contexte, les conférences régionales de la santé et de l'autonomie verraient leur rôle renforcé, notamment pour définir les priorités à l'échelon régional.

La coordination avec les autres ministères est indispensable pour une gouvernance efficace. Cela doit se faire au niveau national, mais plus encore au niveau opérationnel, c'est-à-dire en région. Les ARS détiennent les clés de cette coordination, avec notamment la santé scolaire, la santé au travail, l'assurance maladie, les collectivités territoriales. La finalité est d'aboutir à un schéma régional de prévention, bien intégré dans le projet régional de santé. Celui-ci pourra être décliné au niveau territorial en négociant par exemple des contrats locaux de santé de prévention et promotion de la santé, avec les associations œuvrant localement dans le domaine (ateliers santé ville, instances régionales d'éducation et de promotion de la santé...).

Pour conclure, la stratégie nationale de santé actuellement élaborée de manière concertée entre le niveau national et les régions et la loi de santé publique qui devrait en découler permettent d'espérer un renouveau de la prévention, tant le système sanitaire actuel, au bout de ses effets, nécessite un changement de paradigme. ↑

La nécessité d'un pilotage local et intersectoriel de la prévention et d'une action ciblée

Lise Alter
Interne de santé
publique
Béatrice Buguet
Julien Emmanuelli
Marine Jeantet
Alain Lopez
Daniel Nizri
Françoise Schaezel
Membres de l'Igas

Depuis des années, la prévention occupe une place marginale dans le système de santé français, ce dernier étant essentiellement centré sur l'offre de soins curatifs. En témoigne la part très modeste des dépenses de santé qui lui est consacrée. La consommation de soins et de biens médicaux représente les trois quarts des dépenses courantes de santé (240 milliards d'euros en 2011¹), tandis que les dépenses de prévention organisée (individuelle et collective) ne concernent que 2 % des dépenses. Toutefois, cette estimation est incomplète car elle n'inclut pas les actions effectuées dans le cadre des soins. Ainsi, l'Irdes estimait

en 2002 que les dépenses de prévention représentaient plutôt 6,4 % de la dépense courante de santé.

Comment se fait-il que cette tendance, pourtant connue et dénoncée depuis longtemps, ne s'infléchisse pas vraiment ?

Un pilotage actif et intersectoriel est nécessaire pour une politique de prévention efficace

La loi de santé publique de 2004 a contribué à structurer la politique de prévention française, en déterminant 100 objectifs de santé publique, pour la plupart de prévention sanitaire. Mais l'absence de priorisation de ces objectifs, la faiblesse des outils statistiques utilisés pour les suivre, l'existence d'un cloisonnement

1. Source : Drees. Les comptes nationaux de la santé en 2011.