



FINANCEMENT DE LA PRÉVENTION

Propositions du Club Acteurs de la Prévention – 20 octobre 2015

Introduction :

Dans le prolongement du Livre Blanc du Club Acteurs de la Prévention, présenté en juillet 2014 à la Questure de l'Assemblée nationale, un groupe de travail s'est réuni de janvier à septembre 2015 pour aborder le financement de la prévention, question essentielle pour la mise en œuvre et l'accompagnement d'actions durables, visibles et efficaces sur l'ensemble du territoire.

Le projet de loi « de modernisation de notre système de santé » et les débats parlementaires lors de sa discussion à l'Assemblée nationale et au Sénat ont démontré le souhait du législateur de faire de la prévention une priorité.

Nous n'avons pas manqué de relever notamment, la volonté des parlementaires d'enrichir ce texte en y insérant des dispositions qui pourraient, à terme, constituer le point de départ d'une démarche plus vertueuse en matière de prévention dans notre société française.

Non seulement les membres du Club ont été très sensibles à l'intention explicite du projet de loi dans l'article 1^{er} à :

- « ..assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins » (art 1^{er} al.1)

- « La prévention collective et individuelle des maladies et de la douleur, des traumatismes et des pertes d'autonomie, notamment par la définition d'un parcours éducatif de santé de l'enfant, par l'éducation pour la santé tout au long de la vie et par le développement de la pratique régulière d'activités physiques et sportives à tous les âges » (art 1^{er} al.4)

Mais également de consacrer un Titre à la Prévention et à la promotion de la santé dans lequel nous avons relevé et reconnu le bien-fondé des initiatives suivantes, dont certaines reflètent des propositions du Club:

- l'extension de la promotion de la santé pour rendre des publics cibles acteurs de leur propre santé (art.2AA)
- l'obligation est d'informer les jeunes de la possibilité d'effectuer un bilan complet au-delà d'une simple visite médicale qui comprend un ensemble d'examen permettant de faire un point global sur l'état de santé (art.2 quater)
- la lutte contre les incitations à l'alcoolisme chez les jeunes (art.4)
- l'étiquetage spécifique des denrées alimentaires et informations sanitaires dans les publicités (art.5)
- la mise en place du Médecin traitant pour les individus âgés de moins de 16 ans afin que le médecin traitant puisse suivre l'état de santé et coordonner ses actions avec d'autres professionnels (Art.16)
- dans la refondation du Dossier Médical Personnel (DMP), l'insertion d'éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la continuité des soins ou « à la prévention » (art.25).

Ainsi, le Club Acteurs de la Prévention avait dans son Livre Blanc appelé de ses vœux un bilan de prévention dès 16 ans, puis à des moments clés, initiant un accompagnement personnalisé tout au long de sa vie.

Si ce suivi et ce bilan paraissent acquis pour les jeunes dans le projet de loi, la question demeure de la mise en place des bilans de prévention et du remboursement de ces consultations à d'autres moments charnières : la période périnatale, 45-50 ans et 60-65 ans.

La jeune génération actuelle pourrait devenir le principal acteur du changement de comportement de la société française, si nous lui en donnons les moyens.

Certes, la prévention s'inscrit dans un cycle de temps long, qu'il s'agisse de sa mise en œuvre, de l'appréciation de ses résultats, de son évaluation, de sa visibilité, de sa propagation et de son efficacité à terme.

Or, nombreux sont désormais les pays qui ont engagé, financé et réussi une véritable politique de santé publique dédiée à la prévention, au-delà du bien-être pour tous.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) ont démontré le bénéfice à terme, d'une véritable politique de prévention et de son financement, tant au regard du développement de « l'espérance de vie en bonne santé »¹, que des économies réalisées sur les coûts de prise en charge de la maladie. Si la longévité française

¹ OMS (2002), *Rapport sur la santé dans le monde : réduire les risques et promouvoir une vie saine.*

est avérée, notre pays ne peut se targuer d'une vieillesse en bonne santé, faute de prévention et d'éducation à la santé, en particulier auprès des familles les plus défavorisées.

La France, pays envié pour la qualité de ses soins et de ses médecins, l'est aussi pour ses chercheurs. Ne pourraient-ils pas davantage être reconnus et leurs travaux mis en exergue pour la prévention, le dépistage, voire la médecine prédictive ? Notre recherche, qu'elle soit publique, privée ou publique-privée, pourrait contribuer à ce changement de société et de paradigme.

Qu'il s'agisse des progrès de la biologie médicale, de l'arrivée de nouveaux marqueurs de plus en plus précis pour mesurer les risques cardio-vasculaires, ou encore la découverte de nouveaux vaccins qui pourraient mettre un terme à plusieurs fléaux infectieux dans les prochaines années, la recherche appliquée au champ de la prévention constitue une expertise mondialement reconnue, mais trop peu valorisée et soutenue par la politique de santé en France.

Ainsi, la France est-elle encore capable de relever ce défi ?

Est-elle en mesure de s'engager sur le long terme pour tous, en faisant le pari d'une société qui mise davantage sur le maintien en bonne santé que sur la couverture maladie ?

Au demeurant, la part de la prévention dans la politique de santé est difficilement mesurable.

Comment apprécier l'effort de l'Etat et d'autres acteurs publics, voire privés, dans ce domaine, au regard de la disparité et de la rareté des données qui s'y rapportent ?

Une impulsion est donnée dans les objectifs du Gouvernement, certes, mais insuffisante pour faciliter la mise en place d'une démarche concrète, concertée et efficace entre acteurs publics et privés dans le domaine de la prévention.

Le projet de loi et la Stratégie Nationale de Santé ont posé des jalons.

Il faut désormais donner aux acteurs du terrain, qu'ils soient professionnels de santé, bénévoles, patients, associations, les moyens de se mobiliser, d'échanger les bonnes pratiques, et de pouvoir toucher le grand public.

Pour réussir collectivement à atteindre cet objectif majeur de la politique de santé publique, nous souhaiterions du Gouvernement et des ARS davantage de publicité et de transparence sur les moyens engagés au niveau national et régional, une visibilité sur les mesures, des instruments de mesure et un pilotage ambitieux de la prévention en France.

Nous pensons que l'initiative privée qu'elle émane des professionnels de santé, des entreprises, des chercheurs, ou des assurances complémentaires pourrait être également encouragée pour participer à un élan national et adapté aux disparités d'éducation à la santé qui se creusent chaque jour et leurs conséquences sur la maladie et la mortalité toujours plus préoccupantes.

I – Peut-on parler de financement de la prévention en France ?

La Sécurité sociale dont on célèbre les 70 ans est l’emblème de notre solidarité et d’un accès de tous aux soins médicaux et à l’assurance maladie.

Le curatif constitue le fondement et l’épicentre de ce système vertueux aux valeurs incontestables et qui aura permis, comme la Ministre de la Santé l’a rappelé, de « *vivre longtemps avec une maladie autrefois fatale, vivre plus vieux et donc passer plus de temps à la retraite (...)* ».

La France est parmi les 34 pays de l’OCDE, celui où la part du financement public de la santé est l’une des plus importantes (79% contre 73% en moyenne dans l’OCDE²). Les Français sont les patients qui ont le moins à engager de dépenses pour leur santé, que ce soit au regard du ticket modérateur, de la CMU et surtout du rôle important joué par les assurances complémentaires qui couvrent près de 14% des dépenses totales.

« L’état de santé » des Français³ traduit de réelles faiblesses et des signaux inquiétants. Des inégalités sociales et territoriales se creusent que ce soit sur le taux de mortalité ou chez l’enfant, différents indicateurs en témoignant: les enfants d’ouvriers, de même que les enfants scolarisés en zone d’éducation prioritaire (ZEP) ou en zone rurale ont un état de santé buccodentaire plus mauvais ou sont plus souvent en surcharge pondérale que les autres enfants. Actuellement, un adulte sur six est obèse. A 17 ans la consommation régulière d’alcool concerne un jeune sur dix. Le nombre annuel de décès attribués au tabagisme a été estimé à 73 000.

Pourtant, malgré l’augmentation constante des dépenses de santé, la France est en dessous de la moyenne des pays développés pour les dépenses liées à la prévention, avec 5,2 milliards d’euros, en moyenne, à 2,7% des dépenses courantes de santé (DCS), et beaucoup moins si l’on regarde les dépenses totales.

De surcroît, la prévention est difficilement identifiable et mesurable dans le Projet de Loi de financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) au regard de la nomenclature des comptes de santé qui s’y rapportent, qu’il s’agisse de la médecine du travail, de la santé scolaire, ou de la protection maternelle et infantile (PMI), du dépistage, des vaccins, des programmes spécifiques de santé publique qui ne permettent pas d’appréhender et d’en distinguer clairement les différents niveaux.

1. Comment définir la part de la prévention dans le financement de la santé ?

Quelle prévention finance-t-on ?

Selon la définition que l’on donne de la prévention, l’objectif, la cible, la portée et la nature du financement peut varier considérablement.

² French country Note OECD Health Statistics 2015

³ L’état de santé de la population en France – édition 2015 – DREES - <http://www.drees.sante.gouv.fr/indicateurs-de-suivi-de-l-etat-de-sante-de-la-population,11299.html>

Force est de constater qu'il est rare de voir spécifier dans les textes à quelle « prévention » se rapporte la mission dévolue par le législateur ou par l'autorité réglementaire.

Rappelons la **classification de 1948 donnée par l'OMS** et reprise par le rapport Flajolet de 2008 ⁴, qui distingue:

- **La prévention « primaire »** : avant l'apparition de la maladie qui tend à diminuer les risques d'apparition de nouveaux cas.
- **La prévention « secondaire »** : au début de la maladie, ce sont des actions qui visent à s'opposer à son évolution, à faire disparaître les facteurs de risque. Le dépistage est un bon exemple d'action de prévention secondaire car le diagnostic et le traitement qui suivront permettront d'éviter la progression de la maladie.
- **La prévention « tertiaire »** : lorsque la maladie est installée, qui tend à diminuer les risques de complications, de rechutes, et de séquelles d'une pathologie. Elle concerne également les actions de réadaptation du malade au niveau médical, social et psychologique.

Autres classifications :

En 1982, **RS. Gordon** présentait une classification de la prévention selon trois critères ⁵ :

- La prévention universelle destinée à l'ensemble de la population, malade ou non, visant l'éducation en santé et insistant sur les grandes règles d'hygiène.
- La prévention sélective qui vise des sous-groupes de population ou d'actions spécifiques, tels que les jeunes femmes, les étudiants, les femmes de plus de 50 ans.
- La prévention ciblée qui concerne des sous-groupes de populations, en fonction de risques identifiés susceptible de les affecter. Ex : la toxoplasmose chez la femme enceinte, la carie du boulanger...

Selon le « **Traité de Santé Publique** »⁶, la notion de prévention décrit « *l'ensemble des actions, des attitudes et des comportements qui tendent à éviter la survenue de maladies ou de traumatismes ou à maintenir et à améliorer la santé* ».

2. La prévention est désormais une priorité de la France.

La Stratégie Nationale de Santé visant à renforcer la prévention et la promotion de la santé en France apparaît explicitement dans l'article 1^{er}, puis dans le Titre 1 du projet de loi.

Mais à quelle prévention se réfère le législateur?

⁴ Annexe 1 : *Rapport Flajolet*. La prévention : définitions et comparaisons. Avril 2008

⁵ « *An operational classification of disease prevention*. » RS Gordon, Jr 1982

⁶ "*Traité de Santé Publique*" chapitre 15 : Prévention et promotion de la santé de François BOURDILLON, Gilles BRUCKER, Didier TABUTEAU édition Médecine-Sciences Flammarion (Novembre 2007).

L'article 1^{er} al1. du projet de loi « de modernisation de notre système de santé » renvoie de toute évidence à des objectifs de prévention primaire quand le législateur entend « *assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population* », mais également à d'autres priorités renvoyant davantage à de la prévention secondaire, voire tertiaire (« *à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins* »).

De même, l'alinéa 4 renvoie à des notions polysémiques pour définir le champ de la prévention qu'il vise (« *la prévention collective et individuelle des maladies et de la douleur, des traumatismes et des pertes d'autonomie* »), bien qu'il cite (« notamment ») des actions (« *activité physique* » « *sportives* » « *parcours éducatif de santé de l'enfant, par l'éducation pour la santé tout au long de la vie* ») qui relèvent de la sphère de la prévention primaire.

Le « *parcours éducatif de santé de l'enfant* » est l'une des mesures phares qui ressort explicitement de l'article 1^{er}. Le Club Acteurs de la Prévention ne peut que souscrire à cette démarche dans la mesure où il a proposé dans son Livre Blanc une initiation dès le plus jeune âge à l'école pour réduire les inégalités dans le domaine de la prévention primaire, et notamment de généraliser un quart d'heure d'activité physique adaptée à chaque âge, dès la maternelle, avant le début des apprentissages et des cours.

Néanmoins, de tels dispositifs supposent une concertation avec L'Education Nationale, qu'il s'agisse de l'accompagnement des enseignants par des professionnels de santé, de leur formation, voire d'une modification de certains rythmes scolaires.

L'exemple de la sensibilisation et de la prévention dans le domaine du bucco-dentaire pour lequel des chirurgiens-dentistes se déplacent en milieu scolaire a montré de véritables résultats.

Il est également fait mention de « *l'éducation pour la santé tout au long de la vie* » et du « *développement de la pratique régulière d'activités physiques et sportives à tous les âges* » apparaît désormais comme un objectif pour mener des actions au niveau national dans ce domaine.

Nous ne pouvons que saluer cet objectif du Gouvernement et faire qu'il s'applique dès la petite enfance. L'activité physique et sportive demeure l'un des vecteurs essentiels de garantie d'une longévité en bonne santé dès lors qu'elle est pratiquée dès la petite enfance régulièrement.

Pour autant, la prévention définie comme une priorité nationale doit répondre à la dynamique actuelle d'une régionalisation de la santé, tant au niveau de la prise de décision administrative que de son organisation.

Dans ce cadre, les agences régionales de santé (ARS) sont libres d'arbitrer sur leurs priorités, notamment, de l'affectation du Fonds Régional d'Intervention (FIR).

3. Quels sont les moyens nationaux dont est dotée la prévention ?

i. La prévention est-elle une affectation ou un simple objectif ?

La prévention apparaît davantage aujourd'hui comme un « supra objectif », auquel peuvent se rattacher des actions et des programmes disparates et peu lisibles, à la différence de la maladie clairement assimilée à une dépense affectée dans le détail par le PLFSS.

La prévention sera examinée à travers le chiffrage d'indicateurs pour mesurer la mise en œuvre de cet objectif, sans être considérée comme une politique à part.

Le PLFSS 2015 va-t-il changer cette donne, eu égard à sa concomitance avec le projet de loi de santé ?

Il est à noter que la prévention se finance davantage à travers des missions d'un certain nombre d'organismes.

Chaque maladie à sa propre prévention et son organisme. La multitude d'organismes dont la vocation est la promotion de la santé ou/et la prévention est-elle efficace ? Ne se substituent-ils pas à d'autres acteurs et cette pluralité est-elle nécessaire ?

Les moyens affectés à des agences comme l'INPES ou l'INCA destinés à sensibiliser le public, par le biais de campagnes, souvent coûteuses, dans les médias ont-ils produit les effets escomptés ? N'est-il pas temps de moderniser cette approche en travaillant davantage sur l'appropriation individuelle de messages que sur une multidiffusion de masse et en cohérence entre les différents organismes concernés.

La création de l'Agence Nationale de Prévention « de Santé Publique » (prévention, promotion de la santé, surveillance et observation de l'état de santé de la population, veille et alerte, préparation et réponse aux crises sanitaires, etc.) susceptible de parachever un regroupement de toutes les agences de prévention permettra-t-elle plus de cohérence dans les dépenses de prévention ?

ii. Fonds d'Intervention Régional: la prévention est-elle vraiment une priorité régionale ?

En 2012, la loi de financement de la sécurité sociale a créé le fonds d'intervention régional (FIR).

La prévention est l'un des principaux objectifs du FIR.

Sous l'autorité des ARS, ce fonds a vocation à financer des actions, des expérimentations et parfois des structures.

Le FIR est alimenté par des recettes en provenance de l'assurance maladie, de l'Etat et, le cas échéant, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Le Code de la Santé Publique indique que les ressources du FIR⁷ doivent être constituées par :

- une dotation des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie
- une dotation de l'Etat,
- le cas échéant une dotation de la Caisse Nationale de Solidarité pour

⁷ Code de la santé publique – Partie législative – Première partie – Livre IV – Titre III - Chap V- Section 5 : Fonds d'intervention régional. - Article L1435-9 modifié par LOI n°2013-1203 du 23 décembre 2013 – art 44.

l'Autonomie (CNSA),

- le cas échéant, toute autre dotation ou subvention prévue par des dispositions législatives ou réglementaires.

Au sein des ressources du fonds, sont identifiés :

- les crédits destinés au financement des actions tendant à la **promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies et à la sécurité sanitaire**, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux,
- les crédits destinés au financement de la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'au financement des prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins.

Les différentes orientations du FIR⁸ sont :

- **1° La permanence des soins**, notamment la permanence des soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L. 6314-1 et la permanence des soins en établissement de santé mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1 ;
- **2° L'amélioration de la qualité et de la coordination des soins**. Des aides peuvent être accordées à ce titre à des professionnels de santé, à des regroupements de ces professionnels, à des centres de santé, à des pôles de santé, à des maisons de santé, à des réseaux de santé, à des établissements de santé ou médico-sociaux ou à des groupements d'établissements, le cas échéant dans le cadre contractuel prévu à l'article L. 1435-4 ;
- **3° L'amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé**, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé ;
- **4° La modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins** dans le cadre des contrats prévus à l'article L. 6114-1 et conclus avec les établissements de santé et leurs groupements, ainsi que par le financement de prestations de conseil, de pilotage et d'accompagnement des démarches visant à améliorer la performance hospitalière ;
- **5° L'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé** et l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé ;
- **6° La prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la sécurité sanitaire ;**
- **7° La mutualisation au niveau régional des moyens des structures sanitaires**, notamment en matière de systèmes d'information en santé et d'ingénierie de projets ;
- **8° La prévention des handicaps et de la perte d'autonomie** ainsi qu'aux prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes..

A l'occasion de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, la contribution de l'assurance maladie au FIR (hors dotations de l'Etat et de la CNSA) s'élevait à 3,2 milliards d'euros.

Au moment où la prévention est présentée comme l'un des piliers de la loi de santé et que nombre de programmes pourraient être envisagées dans ce

⁸ Loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012. Section 1 : Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie.

domaine, tant au niveau national que régional, les actions financées par le FIR en 2014 et ses orientations pour 2015 sont inconnues.

Il est en théorie possible de consulter les états financiers du FIR.

Comme le prévoit le Code de Santé Publique⁹, «les comptes du fonds d'intervention régional sont constitués d'un compte de résultat, de comptes de bilan et d'une annexe, qui **retracent l'ensemble de l'activité du fonds** au niveau national. Ils détaillent l'activité du fonds dans chaque région ».

Néanmoins, nous avons constaté qu'aucune publicité, aucune motivation, aucune évaluation ne sont *a priori* communiquées pour les actions financées par le FIR dans chaque région, qu'elles le soient à titre annuel ou pluriannuel.

Ainsi, la prévention est inscrite comme l'un des principaux objectifs du FIR, mais elle reste cependant très peu visible, pour ne pas dire inaccessible.

Dans ce contexte il paraît surprenant de ne pas savoir comment connaître les initiatives engagées dans le domaine de la prévention et financées par le FIR, et comment les évaluer ?

En 2015, il a été décidé que les ressources du FIR seraient constituées par¹⁰ :

- une dotation de l'assurance maladie à hauteur de 3053 millions d'euros correspondant au sous-objectif ONDAM (Objectif nationale des Dépenses d'assurance maladies) voté en Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) ;
- une dotation de l'Etat à hauteur de 124 millions d'euros ;
- une dotation de la CNSA à hauteur de 101 millions d'euros.

Le total des crédits FIR votés s'élève donc pour l'exercice 2015 à 3,278 milliards d'euros.

a. La prévention dans le FIR

Suite au décret N°2015-1230 du 2 octobre 2015¹¹, le FIR voit ses missions réorganisées en cinq axes stratégiques (et non plus huit) qui s'inscrivent pleinement dans le cadre de la stratégie nationale de la santé :

- Mission 1 : promotion de la santé et la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ;
- Mission 2 : organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale ;
- Mission 3 : permanence des soins et la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ;
- Mission 4 : efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;
- Mission 5 : développement de la démocratie sanitaire.

Au titre **de la mission 1**, pourraient être prises en charge¹² des « activités de prévention », de dépistage, de diagnostic et de traitement des infections

⁹ Article R. 1435-27 du CSP

¹⁰ Ministère des Affaires sociales, de la santé et des Droits des femmes - CIRCULAIRE N° SG/2015/152 du 28 avril 2015 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2015.

¹¹ Code de la Santé Publique – Section 5 : Fonds d'Intervention régional – Article L1435-8 modifié par l'Article 56 de la loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 - Décret N°2015-1230 du 2 octobre 2015

¹² N°DGS/RI2/2015/31 du 30 janvier 2015 relative au financement par l'assurance maladie

sexuellement transmissibles, le financement de l'ensemble des CIDDIST (Centres d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles) est intégralement assuré par l'Assurance-Maladie dès 2015¹³.

Aussi, à compter du 1er janvier 2015, les CIDDIST gérés par les structures habilitées par les ARS (établissement de santé, centre de santé, structure associative) sont désormais pris en charge, à hauteur de 7 millions d'euros, par les dotations régionales du FIR pour 2015, via la mission 1 «promotion de la santé et prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie».

En ce qui concerne la prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la veille et la sécurité sanitaire, les plans et programmes nationaux de santé publique doivent être déclinés au niveau territorial comme les années précédentes.

b. Une absence de précision et de publication sur les affectations en matière de prévention. L'Exemple de l'ARS Auvergne¹⁴ :

Dans les grandes lignes de la loi de santé et de la Mission 1 dévolue aux ARS, la prévention concerne **la prévention primaire**.

Or, parmi les informations publiées par les ARS, nous avons pu constater que les actions financées ne relevaient pas de la sphère prévention primaire, mais secondaire ou tertiaire.

Ainsi, dans le bilan du FIR de l'ARS Auvergne, on peut observer une répartition des dépenses en matière de prévention et promotion de la santé. Sur l'engagement de 2014 qui correspondait à 7,47 M€, 30% des dépenses ont été consacrées à **l'éducation thérapeutique du patient**.

Or, selon la définition de la HAS (Haute Autorité de Santé) : « *L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.* ».

On parle donc bien d'un patient déjà malade, ainsi nous sommes hors du cadre de la prévention primaire.

Il y a donc **une différence entre ce que les ARS entendent par prévention et la prévention dans le cadre de la loi de santé**.

4. Le rôle des acteurs privés

i. Les assurances complémentaires ou « mutuelles »

Les assurances complémentaires **couvrent 14% des dépenses de santé en France** et vont représenter un rôle de plus en plus important dans les années à venir, face au déficit de la sécurité sociale et au nécessaire resserrement des engagements publics en matière de santé.

¹³ En référence à l'article 47 de la loi n°2014-1154 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale

¹⁴ Fonds d'intervention régional, bilan 2014, priorités 2015, perspectives 2016 - ARS d'Auvergne

La loi sur la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, selon les termes de l'**Accord National Interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013**, prévoit la généralisation de la complémentaire santé et impose aux employeurs d'assurer, aux salariés qui n'en bénéficient pas déjà, une couverture collective minimale des frais de santé, **au plus tard le 1er janvier 2016**.

Cette complémentaire santé obligatoire devra respecter un « panier de soins » minimum pour tous les salariés, quel que soit leur statut (cadres, non cadres, CDD, CDI...). Le financement de cette mutuelle santé sera partagé par moitié entre salariés et employeurs.

Dans ce contexte, les mutuelles sont dans une phase de concurrence, voire de recherche d'un nouveau modèle économique qui, à terme, pourrait conduire à un phénomène de concentration des opérateurs et de l'offre.

Il paraît évident que les mutuelles puissent s'investir sur la prévention primaire, tant pour limiter les risques et le coût de la prise en charge de la maladie, qu'au regard du nombre et de l'hétérogénéité des assurés qu'elles couvrent.

A la différence des assurances complémentaires privées des pays anglo-saxons qui ont un droit de regard et d'ajustement des cotisations en fonction des habitudes de vie et du comportement, voire des engagements pris par l'assuré, les assureurs français n'ont pas cette latitude.

Ainsi, s'il paraît difficile pour une mutuelle française d'agir sur le comportement individuel de son assuré, elle ne peut qu'agir sur le collectif ou au mieux, sur des sous-groupes à risques, via une prévention primaire ciblée. De telles démarches supposent du temps et un effet d'échelle suffisamment important pour permettre une rentabilité de l'action et des résultats.

A titre d'exemple, les AG2R La Mondiale ont travaillé aux côtés des métiers de la boulangerie, dans le cadre d'un accord de branche professionnelle, pour agir sur la prévention et les dégâts de « carie du boulanger » qui frappent la plupart des professionnels de ce secteur¹⁵, voire sur le diabète qui est un risque également pour lequel il pourrait se mobiliser via un accompagnement individuel.

Récemment, la MACIF dans la continuité des états généraux et du programme aidants & aides, avec l'UNA Isère s'inspire du « baluchonnage Alzheimer » québécois, pour suppléer les aidants à leur domicile, quelque soit la cause de perte d'autonomie de l'aidé, les soulager quelques jours 24H/24h par une aide professionnelle (un nouveau métier en construction), limitant ainsi les risques de dépression et de surmenage qui frappent cette population.

Des mutuelles telles que la MGC s'engagent pour plus de prévention, en choisissant de créer une fondation ou un fonds de dotation dédié à la prévention primaire pour tous, à travers un portail, des informations de qualité, des partenariats avec des associations ou des actions menées auprès de publics cibles (seniors, jeunes, activité physique pour les actifs..).

- **L'exemple de MGC Prévention**

MGC Prévention est le fonds de dotation du Groupe MGC.

¹⁵ Colloque Fondation Pileje – Innover dans le secteur privé pour financer l'accès de tous à l'éducation et à la prévention santé – 1^{er}/10/2015 - P.Quique - Directeur Santé des AG2R la Mondiale

Il a pour objet de financer, directement ou à travers des organismes à but non lucratif, des actions d'intérêt général dans le domaine de l'entraide et de la solidarité aux personnes, et de la prévention des risques et des maladies. Ces actions sont dirigées au bénéfice de toutes populations. Ce fonds de dotation met à la disposition des collectivités locales ses outils et ses actions de prévention et promotion de la santé, notamment sur les thèmes de la nutrition, de l'activité physique et de la santé bucco-dentaire.

A titre d'exemple, outre de nombreuses actions dans le domaine de la nutrition, un site accessible à tous comportant de très nombreux conseils matière de prévention primaire, MGC Prévention a créé récemment un carnet de santé bucco-dentaire pour les 0-3 ans en partenariat avec l'UFSBD, une action avec l'association « du Soleil dans la Voix » visant à accompagner l'isolement de personnes âgées par des échanges téléphoniques et une newsletter comportant de nombreuses informations accessibles pour leur prévention (alerte canicule, recettes de cuisine santé, activité physique et sportive ciblées)...

Il n'en demeure pas moins que de nombreuses actions ont pu être menées et engagées par les mutuelles dans le domaine de la prévention primaire, mais comme le représentant d'une des principales complémentaires l'a déclaré récemment : « *Je souhaiterais qu'on permette aux complémentaires santé de ne plus être des payeurs aveugles. Puisque l'argent est rare, il faut qu'on cible et qu'on évalue. Or, actuellement, on n'arrive pas à cibler, ou difficilement, et on arrive difficilement à évaluer. A partir du moment où on arrive à cibler, on évalue bien. Ça nous permettrait peut-être de financer des examens de prévention* »¹⁶.

- L'action de Domplus qui agit auprès des clients de plusieurs mutuelles

Créée il y a quinze ans au Canada avec DOMPLUS Inc., DOMPLUS est une société d'intermédiation dans le secteur des services qui assure pour le compte d'entreprises et de grands donneurs d'ordre de la protection sociale des prestations de conseil et d'accompagnement à destination de leurs publics (adhérents, clients, salariés) sur des thématiques globales liées aux préoccupations de la vie quotidienne : avancement en âge, soutien aux aidants, transition vers la retraite, ruptures familiales, handicap...

Aujourd'hui, 12 millions de bénéficiaires ont accès aux services d'intermédiation, dont près de 4,8 millions de salariés sur les domaines de l'équilibre vie privée – vie professionnelle, prévention, santé ou encore des questions autour de l'accès à l'emploi et au logement (...etc.), proposés par DOMPLUS. DOMPLUS a comme actionnaires Groupe Initiative (fondateur), AG2R La Mondiale, PRO BTP et Orange.

ii. Les fondations et les fonds de dotation

Nombreux sont désormais les fondations et les fonds de dotation qui agissent dans le domaine de la prévention, par des actions de sensibilisation, voire par des actions de terrain à destination de publics-cibles, par des programmes qui s'inscrivent plus ou moins dans la durée et avec une action territoriale ciblée.

Il est regrettable que leur action ne puisse être davantage valorisée et quantifiée à l'échelle du territoire.

¹⁶ Colloque Fondation Pileje – Innover dans le secteur privé pour financer l'accès de tous à l'éducation et à la prévention santé – 1^{er}/10/2015 - P.Quique - Directeur Santé des AG2R la Mondiale

Des résultats significatifs ont été obtenus par des fondations disposant de moyens importants comme le programme Wellness créée par Nestlé, la fondation Ronald Mac Donald pour l'enfance en difficulté.

Au-delà des multinationales, des entreprises françaises agissent à leur échelle, dans le domaine de la nutrition, comme la Fondation Pileje qui a notamment mené plusieurs actions en milieu scolaire (Programme Nutrissimo Junior pour l'éducation santé à l'école et l'équilibre alimentaire auprès des enfants et des enseignants, reposant en partie sur la formation, des jeux et des livres..).

Une véritable coopération et des partenariats s'opèrent dans ce domaine entre Fondations, professionnels de la santé et milieu associatif.

Le Club Acteurs de la Prévention est né de cette alchimie vertueuse entre des acteurs de la sphère privée qui peuvent agir pour l'intérêt général, dans un cadre où les opérateurs agissent spontanément et de manière plus en plus concertée et interconnectée.

II - Faut il s'inspirer des exemples étrangers ?

1. Préconisations internationales

Le départ de la démarche de prévention pour beaucoup de pays s'est situé au moment de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de 1986.

L'OMS estime que l'espérance de vie en bonne santé pourrait augmenter de 5 à 10 ans sans accroissement des dépenses si les gouvernements et les individus unissaient leurs efforts pour lutter contre les principaux facteurs de risque dans chaque région.

Un projet de recommandation du Conseil de l'Europe en 2008 invite à considérer la prévention comme un « quatrième pilier » des systèmes de santé « pour faire face à la pression financière liée à la couverture universelle du système de santé et au coût croissant des soins »¹⁷.

Les pays de l'OCDE investissent en moyenne 3,1% de leurs budgets santé dans la prévention, alors que la France au regard des dépenses constantes et courantes de santé, n'investirait que 2,7% de ces dépenses dans la prévention.

Des pays comme le Royaume-Uni ou le Brésil ont su se mobiliser pour la prévention à tous les niveaux de la société et se doter des moyens pour le faire :

Les Britanniques furent les premiers à avoir évalué les dépenses de santé à l'aune du gain de vie en bonne santé qu'elles permettent. Depuis 1999, le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), placé sous la tutelle du National Health Service (NHS), s'appuie systématiquement sur l'analyse économique pour évaluer l'opportunité des dépenses de santé. Objectif général de la démarche : garantir que ces dépenses améliorent le bien-être collectif. L'idée fut donc d'introduire un regard économique sur le système de santé.

En le soumettant à la question centrale de l'évaluation : ces dépenses créent-elles de la richesse, au sens large, pour la collectivité ?

¹⁷ Conseil de l'Europe (2008) « Les politiques de prévention en matière de santé dans les Etats membres du Conseil de l'Europe »

Le Brésil est exemplaire, bien qu'ayant une population 3 fois supérieure à la France pour un PIB équivalent aux $\frac{3}{4}$ à celui de la France. Il dispense au regard de sa Constitution de 1988 le principe de la « santé est un droit pour tous et une obligation pour l'Etat ».

Outre des campagnes d'éducation à la santé et de prévention pour tous les enfants dans les écoles en prévention des addictions de drogue, alcool, tabac, pour prévenir les pandémies (dengue, Chikungunya, fièvre jaune..) les Ministères de l'Education nationale et de la santé assure un contrôle de l'état de santé des élèves et un suivi constant des résultats des programmes engagés dans les domaines de la prévention.

La Carte Nationale de Santé, l'innovation technologique brésilienne permettent d'anticiper et de résoudre des pathologies graves à une échelle importante grâce à des partenariats au niveau de l'Organisation Panaméricaine de la santé (OPAS) et le Ministère de la Santé brésilien.¹⁸

2. Des pays emblématiques dans le financement et l'accompagnement de la prévention ?

Depuis l'an 2000, la communauté internationale a pris plusieurs mesures importantes pour lever des fonds supplémentaires et améliorer la promotion de la santé dans les pays pauvres.

Par exemple, une taxe sur les billets d'avions a permis de financer Unitaid : un organisme international d'achat de médicaments pour le sida, paludisme, tuberculose. Grâce à cette action 1 milliard de dollars a pu être rapporté.

La prévention et la promotion de la santé ont pu également être financées par des initiatives originales locales, à défaut de suffisamment de moyens.^{19 20} :

A titre d'exemple pour le financement de la prévention :

- L'Australie a imposé une taxe sur les sociétés minières.
- Le Gabon a instauré une taxe sur les entreprises de téléphonie mobile.
- Le Pakistan, un impôt sur les firmes pharmaceutiques.
- Au Brésil en 1990 : un impôt sur les transactions bancaires, mais remplacé par un impôt sur les flux de capitaux de/vers le pays.
- Le Gabon a instauré un impôt sur les transactions de versement.
- La Roumanie propose d'appliquer une taxe de 20% sur les aliments à teneur élevé en graisse, sel, additifs et sucre.

¹⁸ Conférence de Sergio Correa di Sampaio / Takepoint- 17 juin 2015 – Club ADP –« Prévention : regards croisés France-Brésil ».

¹⁹ « A la recherche de nouveaux modes de financement du développement » 2012, Nations Unis, NewYork

²⁰ Le financement des systèmes de santé, le chemin vers une couverture universelle – OMS, Carissa Etienne, Anarfi Asamoah-Baah, David B Evans

III – Dix priorités pour financer durablement la prévention

- **Lisibilité et transparence des fonds publics destinés à la prévention**

1. **Rendre explicite la part consacrée à la prévention dans le PLFSS dans une partie dédiée**

Dès lors que la Stratégie Nationale de Santé place la prévention comme un objectif de la politique de santé publique, nous demandons à ce que les actes de prévention en santé réalisés dans le cadre de politiques publiques ressortent de manière explicite dans les nomenclatures des comptes de la santé.

La question récurrente du pourcentage des dépenses de santé allouées à la prévention permet, certes, de mesurer l'écart entre les dépenses de maladie et celles qui pourraient les réduire.

Au demeurant, il nous semble encore plus important d'assurer une lisibilité des budgets alloués et répartis en fonction de leur objectif/catégorie (primaire/secondaire/tertiaire/universel/ciblé) pour permettre de rentrer dans une phase opérationnelle de pilotage d'actions mesurables et visibles.

Le PLFSS devrait, dans ce contexte donner lieu à une présentation des objectifs et actions engagées au titre de la prévention, et à une discussion des mesures engagées, de leur pertinence et de leur pérennisation.

2. **Rendre publiques les actions menées dans le domaine de la prévention et financées par le FIR**

Peu, voire aucune publicité, aucune motivation, aucune évaluation ne sont *a priori* effectuées pour les actions financées par le FIR dans chaque région, à titre annuel ou pluriannuel.

Nous demandons à ce **qu'une transparence soit désormais apportée aux actions de prévention engagées au titre du FIR par chaque ARS, par une publication trimestrielle, détaillée, spécifiant la nature de l'action et son bénéficiaire**, et qu'il soit également indiqué comment se répartissent les programmes relevant de la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Cette publication devra être annoncée ou/et faire l'objet d'une présentation aux tiers et permettre un dialogue sur la nature des actions, voire apporter des clarifications et un suivi des mesures engagées.

3. **Faire une évaluation « temporelle » pour un pilotage des actions de prévention**

Pourquoi ne pas démontrer que la prévention est une dépense qui apporte un bénéfice économique ou politique sur le long terme ?

Donner une visibilité, par étape, à des actions engagées permettrait d'apporter un crédit à la stratégie et aux actions engagées par les pouvoirs publics sur une durée donnée et d'être plus convaincants en utilisant la preuve par les résultats obtenus.

Dans le registre de l'anticipation, au-delà du modèle français du « coût-avantage », la France pourrait s'inspirer du modèle plus proche de la **philosophie du « coût/efficace »** du *National institute for clinical excellence* (NICE) chargé de l'évaluation et de l'acceptabilité économique *a priori* des technologies et des stratégies médicales²¹ dite *quality adjusted life year* (QUALY) comme le Royaume-Uni, le Canada, l'Australie ou les Pays-Bas.

Ainsi, la prévention pourrait parfaitement s'inscrire dans une stratégie à court, moyen et long-terme, en mode « **pilotage** ».

Comme l'avait indiqué le Conseil d'Analyse Stratégique (France Stratégie)²², il pourrait être envisagé de rendre opérationnel les **indicateurs contenus dans les Programmes de qualité et d'efficace (PQE) qui présentent les grands objectifs poursuivis par les politiques de Sécurité sociale depuis 2007.**

Ces indicateurs sont :

- la prévalence de l'obésité et du surpoids chez l'enfant,
- la prévalence des pratiques addictives (consommation de tabac et d'alcool),
- le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal,
- le taux de couverture vaccinale des enfants et des personnes âgées contre les affections auxquelles ces groupes sont particulièrement exposés,
- l'état de santé bucco-dentaire des enfants.

Pour autant, dans une période de crise économique où la précarisation des ménages, le chômage et la pauvreté augmentent (voir chiffres de l'OMS²³), de nouveaux facteurs apparaissent et appellent une prise de conscience pour affiner cette vision, notamment au regard des conditions de logement, de salubrité et du stress généré par des situations tendues, notamment pour les enfants et les plus jeunes.

²¹ Centre d'Analyse Stratégique – note de veille N°167 – Mars 2010.

²² Note de veille N°167 – Mars 2010

²³ OMS – « Comment va la vie ? » - 2015 / phénomène multidimensionnel du bien-être et notamment, dégradation de la situation des enfants dans les pays de l'OCDE où un enfant sur sept est désormais touché par la pauvreté.

- **Un partenariat public-privé au service de la prévention**

4. La prévention ludique et l'activité physique dès la maternelle, en partenariat avec des professionnels et des entreprises

La sensibilisation et de la prévention dans le domaine du bucco-dentaire pour lesquelles des chirurgiens-dentistes se déplacent en milieu scolaire ont montré de véritables résultats, au regard de l'augmentation du nombre de bilans bucco-dentaires réalisés par les enfants issus de milieux défavorisés après ces visites.

Cette action devrait non seulement se poursuivre, mais pourrait être mise à profit pour d'autres programmes en milieu scolaire dans la mouvance du « *parcours éducatif de santé de l'enfant* » (nutrition, activité physique, gestion du sommeil et du stress...) en favorisant, selon la nature de l'objectif, un partenariat avec des professionnels *in situ* ou dans la formation *ex situ* des éducateurs par **des MOOC ou des « serious games » moins coûteux et plus ludiques** que des formations chronophages pour les enseignants.

Ainsi, le Club avait déjà préconisé dans son Livre Blanc **un programme d'un quart d'heure d'activité physique ludique le matin**, associant la danse, le jeu, le yoga et des mouvements conçus pour chaque âge.

Véritable « détonateur » de changement de comportement chez l'enfant, ce programme pourrait faire l'objet d'un partenariat entre des entreprises spécialisées dans les nouvelles technologies ou/et les équipements sportifs, des pédiatres, des sportifs de haut-niveau et des artistes connus des jeunes, et les Ministères de la jeunesse et des Sports, de l'Education Nationale et de la Santé.

5. Le financement de l'innovation dans le domaine de la prévention et dans le dépistage

Nous appelons **plus de moyens, notamment via le FIR, pour la recherche et l'innovation dédiées à la prévention**, qu'il s'agisse du dépistage de pathologies pour lesquelles la recherche privée investit et pourrait aboutir plus rapidement en agissant de manière concertée et en coopération financière avec la recherche publique.

Il est de même, pour la recherche fondamentale et appliquée dans le domaine des vaccinations face à la recrudescence de facteurs de résistance aux antibiotiques et au risque de pandémies au niveau mondial.

La médecine prédictive sera dans un futur proche l'avenir de la prévention.

La biologie permet aujourd'hui de définir les prédispositions d'un individu à développer une ou des pathologies.

Quand une prédisposition a été identifiée, une prise en charge très personnalisée peut être mise en place et va permettre de repousser le moment où les symptômes vont apparaître, voire éviter la maladie.

Le dépistage, les campagnes de dépistage doivent se développer. L'exemple du dépistage du cancer colorectal est un bon exemple. Un cancer colorectal dépisté très tôt guéri 9 fois sur 10. On pourrait prendre aussi l'exemple de l'infection à VIH qui dépistée tôt dispose aujourd'hui de thérapies très efficaces qui seront adaptées à chaque patient en fonction du génotypage et du phénotypage de son virus.

- **Promouvoir l'initiative privée vers des actions de « prévention primaire ciblées »**

6. Encourager la création de fonds de dotation dédiés à la prévention

Nous souhaitons que les initiatives de création d'un fonds de dotation dont la vocation est la prévention puissent être encouragées par le Gouvernement, dès lors que ces mesures sont destinées à promouvoir l'éducation à la santé, la prévention pour tous et à agir là où l'Etat ne peut aller faute de moyens/de temps.

Des mesures d'encouragement permettraient de diriger davantage de fonds privés de personnes morales ou physiques vers des actions fléchées auprès de publics fragiles, de plus en plus nombreux.

Des mesures fiscales spécifiques pourraient être envisagées dans ce cadre et être promues au moment du PLFSS ou/et de la loi de finance.

7. Faire un classement annuel des meilleures actions des mutuelles dans le domaine de la prévention primaire

Nous entendons **valoriser les « bonnes pratiques » menées par les mutuelles** et complémentaires santé dans les années à venir.

Le Club ADP, au même titre que d'autres associations dans le domaine du développement durable (Amis de la terre, Human Rights Watch, WWF..) publiera chaque année un classement et une mise en exergue des mutuelles les plus investies dans la prévention, en particulier dans la prévention primaire.

Ce rapport sera réalisé sur la base d'un questionnaire et d'indicateurs définis conjointement avec les mutuelles.

- **Financer par la publicité télévisée des programmes audiovisuels innovants dédiés à la prévention primaire**

8. Consacrer une obligation de diffusion et de production de programmes dédiés à la prévention et à l'éducation à la santé

Le Club entend se rapprocher du CSA et de la DGMIC pour faire valoir l'intérêt d'insérer une obligation de diffusion de programmes courts dédiés à la prévention dans les cahiers des charges et les contrats d'objectif et de moyen des chaînes françaises hertziennes.

9. Valoriser et soutenir par le biais du Centre National de la Cinématographie et du COSIP des initiatives

Le Club entend se doter des moyens de faire réaliser par de jeunes talents (« bloggers »/« youtubers »/ producteurs de courts métrages) des programmes (magazines, concept de télé-réalité, unitaire et série ..) pour tester, diffuser des nouveaux concepts de programmes « prévention santé » sur Internet et les adapter à un format télévisuel grand public destiné à l'access prime-time.

10. Consacrer un pourcentage des recettes publicitaires pour des produits « addictifs » (alcool, tabac, produits alimentaires à haute teneur en sucre et matière grasse) à la création de programmes audiovisuels de divertissement dédiés à la prévention

Participants groupe de travail CADP financement de la prévention

Monsieur Jean-Luc Plavis	Délégué général ReMÉDié – Président CADP
Monsieur Roger Rua	Docteur – Vice-président CADP
Madame Emmanuelle Leclerc	Déléguée générale, Fondation PiLeJe sous égide de la Fondation de France – Vice- présidente CADP
Monsieur Alain Le Meur	Biologiste Médical – Relations institutionnelles, Cerba European Lab – Trésorier CADP
Monsieur Roger Pécout	Attaché parlementaire – Secrétaire Général, CADP
Madame Sophie Dartevelle	Présidente, Union Française de Santé Bucco- Dentaire
Madame Catherine Courboillet	Présidente du Directoire, Cerba European Lab
Madame Pascale Laurent	Directrice de la communication de Cerba European Lab
Monsieur Patrick Felden	Responsable des Partenariats, Crédit du Nord Ile-de-France et Loiret
Monsieur Aimen Zren	Conseiller Clientèle de Professionnels, Crédit du Nord Ile-de-France et Loiret
Maître François Marchadier	Avocat à la Cour, Associé chez Cheysson Marchadier & Associés
Maître Bernard Cheysson	Avocat à la Cour, Associé chez Cheysson Marchadier & Associées
Madame Stéphanie Pistre	Présidente, Cabinet Pistre
Docteur Jean-Louis Bussière	Docteur, Vice-président du GERS (groupe réadaptation, exercice et sport)
Madame Wiebke d'Amécourt	Consultante, Cabinet Pistre
Madame Flore Jammet	Consultante en apprentissage, Cabinet Pistre