

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE
Lundi 15 novembre 2004

ASSURANCE-MALADIE ET PREVENTION :
POUR UN ENGAGEMENT PLUS EFFICIENT DE TOUS LES ACTEURS

Avis

A la suite de son rapport du 23 janvier 2004, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a été saisi, par le ministre chargé de la santé et de l'assurance maladie, d'une demande relative au rôle que peut et doit jouer l'assurance maladie en matière de prévention.

Sur la base d'une première étude¹, le Haut conseil a adopté un document dont les principales conclusions peuvent se résumer de manière suivante :

1. De nombreux indicateurs attestent de ce que notre système de santé souffre d'une insuffisante capacité à prévenir les maladies et accidents évitables. Ce retard préoccupant est au surplus assorti de fortes inégalités sociales et spatiales.

2. La cause de cette carence n'est à rechercher ni exclusivement, ni même prioritairement du côté d'une insuffisance des sommes consacrées aux actions de prévention. Il est au demeurant difficile d'en cerner le montant exact : le recensement des opérations expressément étiquetées comme telles, qui aboutit à un chiffre d'environ 10 milliards d'euros, sous-estime très certainement l'effort financier réel.

3. D'ailleurs il ne serait pas pertinent de séparer, par une frontière rigide, les soins curatifs et les soins préventifs, ou de rechercher pour ces derniers une définition qui permettrait de les isoler. Au-delà de la prévention au sens le plus étroit du terme, c'est à dire intervenant avant que la maladie ou l'accident ne surviennent, tout ce qui concourt à la qualité du traitement et permet de prévenir les complications évitables relève aussi d'une démarche de prévention. Il faut tenir compte de l'ensemble de ces aspects dans les actions de santé publique.

4. Le vrai motif de préoccupation relève donc d'une problématique globale : il tient au manque de mobilisation et de structuration de tout notre système de soins – et également de notre système de prise en charge financière – autour d'objectifs de santé publique. A ce titre, le rôle de prévention et d'éducation à la santé que jouent, et que pourraient jouer bien davantage, tous les professionnels de

¹ Cette étude est annexée au présent avis. Elle reprend très largement les éléments d'un rapport particulier réalisé pour le Haut Conseil par madame Suzanne VON COESTER, membre du Conseil d'Etat.

santé dans le cadre de leur activité ordinaire (en exercice libéral ou en établissement) est insuffisamment reconnu, insuffisamment stimulé, et insuffisamment organisé.

5. C'est dans cette perspective que doivent être examinés la place et le rôle de l'assurance maladie dans les questions de prévention.

En premier lieu, il est sûr que l'efficacité des démarches de prévention représente, pour l'assurance maladie, une préoccupation de premier rang. Ne serait-ce qu'en raison d'un certain nombre de menaces clairement identifiées qui – telle la croissance de l'obésité infantile – sont porteuses, à un horizon relativement proche, d'un risque important pour les comptes sociaux.

6. Mais on doit aussitôt affirmer, en deuxième lieu, qu'on ne peut pas envisager l'articulation entre dépenses d'assurance maladie et dépenses de prévention dans une simple perspective de rendement financier.

Il faudra, en effet, toujours préférer la dépense qui permet d'éviter une maladie grave et évitable, ou qui permet d'éviter les complications graves et évitables d'une maladie. Même si sur le long terme et tous calculs faits, l'assurance maladie doit déboursier autant, ou plus, au titre des affections inévitables qui s'y substitueront.

7. Ce qui n'empêche pas, en troisième lieu, que les soins de prévention doivent, comme n'importe quelle activité soignante, être appréciés à l'aune économique de l'efficacité. Il faut promouvoir le souci de la performance dans l'emploi des moyens consacrés à la prévention, et il faut évaluer les actions de prévention, aussi bien sur le plan qualitatif que quantitatif. Pour cela, il conviendrait de disposer, davantage qu'aujourd'hui, des instruments qui en permettent la mesure.

8. Immédiatement concernée, donc, par les enjeux de prévention, l'assurance maladie dispose aussi des instruments qui lui permettent d'y investir.

Traditionnellement, elle est intervenue par des incitations financières aux professionnels de santé, par le suivi de ses affiliés et par des prises en charge améliorées. Ces instruments demeurent au cœur de son action. Mais ils doivent faire, aujourd'hui, l'objet d'une mobilisation plus large : c'est à dire impliquer davantage les organismes d'assurance maladie complémentaire. La récente loi du 13 août 2004 *relative à l'assurance maladie* en offre le moyen.

9. Plus généralement, on doit prendre conscience qu'il ne peut y avoir de prévention efficace s'il n'y a pas continuité du dialogue thérapeutique, suivi du patient, coordination des intervenants, formation spécifique des professionnels et évaluation des résultats. La dimension d'incitation financière et la dimension d'organisation du système de soins doivent être étroitement conjuguées.

Il se dégage par conséquent, sur le cas particulier des soins de prévention, la même problématique que celle mise en évidence par le Haut conseil, pour les soins en général, dans son rapport du 23 janvier 2004. L'objectif de qualité du soin préventif et l'objectif d'efficacité de la dépense peuvent et doivent se conjuguer. Et ils ne peuvent être atteints qu'à la condition d'accepter les exigences et la discipline d'un surcroît d'organisation.

10. Il paraît ainsi essentiel d'insérer l'intervention des professionnels libéraux – et par exemple la « consultation périodique de prévention » créée par la loi du 9 août 2004 *relative à la politique de santé publique* – dans une forme de « mandat » d'ensemble qui offrirait au praticien, outre sa rémunération spécifique, les éléments de formation, les protocoles et recommandations techniques, et l'insertion dans un réseau pluridisciplinaire. Le tout étant évidemment assorti d'évaluations et de garanties sur la qualité de la pratique.

Bien que ces idées de principe soient largement admises et partagées, il n'existe pas, pour l'instant, de schéma concret d'une telle démarche. Le Haut Conseil estime que ce chantier est d'une absolue priorité.

11. Il convient aussi que l'assurance maladie favorise systématiquement les campagnes programmées, c'est à dire organisées de façon méthodique, en faveur de personnes qui sont en situation de risque, et pour lesquelles il est établi qu'une opération de dépistage ou de soins préventifs présente, collectivement, plus d'avantages que d'inconvénients.

Ainsi, chaque fois qu'il existe un consensus sur les méthodes et la cible d'un tel programme, l'assurance maladie doit vigoureusement inciter à une forte participation des personnes concernées. Corrélativement, elle doit clairement indiquer, en modulant le cas échéant les conditions de sa prise en charge, que le recours parallèle à des actes de « dépistage spontané », en dehors du protocole organisé, n'offre pas les mêmes bénéfices individuels et collectifs.

12. Enfin, on ne doit pas oublier que les soins préventifs ont ceci de propre qu'ils s'adressent, bien souvent, à des patients qui ne se présentent pas spontanément. La sensibilisation des personnes concernées - parfois toute la population, et parfois seulement un groupe bien précis - est une condition absolue du succès.

Le Haut conseil estime que cet objectif de forte participation doit être atteint par des moyens empreints de pragmatisme. Ainsi dans certains cas il peut être efficace, et donc légitime, de mettre en place des incitations financières individuelles, qui en appellent à la responsabilité de chacun face à sa santé. Mais dans d'autres situations, à l'égard d'autres publics ou pour d'autres problèmes de santé, la prise de conscience ne pourra pas forcément faire appel aux mêmes ressorts, et devra passer par des formes de sensibilisation qui ne s'appuient pas sur des avantages ou des pénalités.

13. Au titre des formes de mobilisation collective, le Haut conseil remarque que, par la loi du 9 août 2004 déjà citée, la Nation s'est fixé pour la première fois une liste de « cent objectifs » de santé publique à atteindre à l'horizon de cinq ans, dont plusieurs sont quantifiés et mesurables.

Il faut que ces objectifs soient relayés et connus du grand public.

Au surplus, la plupart des « cent objectifs » peuvent trouver les moyens de leur réalisation dans les instruments financiers de l'assurance maladie et par la mobilisation de ses compétences techniques. Le Haut conseil souhaite donc que ce travail de rapprochement, qui n'a pour l'instant pas été effectué, puisse s'engager de manière systématique. Cela concourrait à la crédibilité des objectifs arrêtés par le législateur, et conférerait du même coup aux politiques tarifaires de l'assurance maladie des finalités de santé publique explicites, hiérarchisées et cohérentes.

14. Le Haut conseil n'a pas abordé, à ce stade de son étude, les aspects strictement institutionnels de la prise en charge de la prévention. Mais il admet que ceux-ci sont indissociables de la question traitée.

D'abord, bien sûr, en ce qui concerne le pilotage d'ensemble des actions de prévention : l'imprécision, soulignée plus haut, de la frontière entre soins curatifs et soins de prévention, se reflète dans les difficultés à répartir les rôles et les financements de l'Etat et de l'Assurance maladie, et à définir des formes claires de coordination dans l'action. Ce partage des responsabilités devrait, à tout le moins, constituer un sujet central des conventions d'objectifs et de gestion.

Des efforts sont également à faire pour que naissent des formes de prise de responsabilité locales, pluri-partenariales et contractualisées.

Enfin, se pose de manière aiguë la question du rôle dévolu à d'autres organismes ou institutions explicitement en charge de questions de prévention : centres d'examen de santé de l'assurance maladie, services de protection maternelle et infantile, services de santé scolaire et médecine du travail.

Le Haut conseil entend consacrer de prochains travaux aux missions propres de ces différentes institutions et structures, à leur place dans l'ensemble des dispositifs de prévention, ainsi qu'à la manière d'en mieux articuler l'intervention avec le reste du système de soins.

Le Haut Conseil a mis l'accent, dans son rapport remis en janvier 2004, sur la nécessité de rendre notre système de santé plus efficient : « *Structurer davantage le fonctionnement du système de soins, éprouver la qualité et l'utilité de ce que l'on rembourse, entrer dans des démarches exigeantes d'évaluation des pratiques et d'accréditation, c'est tout simplement mieux soigner* ».

La présente étude vise à dégager quelques pistes en ce sens dans le domaine de la prévention, qui illustre les défis auxquels le système d'assurance-maladie est aujourd'hui confronté².

Après avoir présenté des éléments de cadrage généraux sur la prévention, elle aborde successivement les aspects macroéconomiques de la prévention, puis les interactions entre prévention et assurance maladie. En particulier elle tient à mettre en évidence en quoi une politique de prévention peut concourir aux buts que poursuit à l'assurance maladie et, réciproquement, comment l'assurance maladie peut contribuer au développement des actions de prévention.

Introduction

Si la France est bien placée en termes d'indicateurs globaux et offre, parmi les pays de l'Union européenne, la plus longue espérance de vie à 65 ans, ses résultats sont en revanche plutôt médiocres en termes de mortalité et de morbidité évitables avant 65 ans³, avec de fortes inégalités sociales et spatiales⁴ : ce que d'aucuns qualifient de « **paradoxe français** ».

Le système de santé n'est pas seul en cause : la prévention des risques sanitaires s'étend à des secteurs aussi diversifiés que les transports, l'agriculture, l'environnement, l'éducation ou encore l'industrie, tandis que les acteurs de la santé, et notamment l'assurance-maladie, n'ont guère de prise sur les facteurs sociaux, culturels et environnementaux déterminants pour la santé.

A cet égard le Haut Conseil souligne que les professionnels de la santé ont aussi un rôle à jouer sur les facteurs non strictement médicaux, tels que les modes de vie et les comportements dits « à risques » : le rôle d'un professionnel de santé ne se borne nullement à la prévention strictement médicale mais englobe également les habitudes de vie et la santé en général. Il suffit parfois qu'un simple dialogue s'instaure pour qu'un problème de dépendance à l'alcool soit décelé, que le fumeur songe à arrêter de fumer ou que le sédentaire entreprenne de l'exercice physique.

Il incombe en tout état de cause à l'assurance-maladie de chercher à agir, dans les limites de son champ d'action, sur les causes évitables de morbidité et de mortalité.

Or, l'accent mis depuis la fin de la seconde guerre mondiale sur la promotion de l'accès aux soins est nécessaire, mais pas suffisant. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique offre une occasion de placer les préoccupations de santé publique au cœur de notre système de santé.

² Cette étude reprend très largement les éléments d'un rapport particulier réalisé pour le Haut Conseil par madame Suzanne VON COESTER, membre du Conseil d'Etat.

³ La mortalité prématurée évitable des hommes est l'une des plus élevées d'Europe ; les décès avant soixante-cinq ans représentent un cinquième du total des décès.

⁴ Cf. annexe 1.

L'engagement de l'assurance-maladie en faveur de la prévention ne date pas de cette loi. Depuis l'éducation sanitaire jusqu'aux programmes de santé publique, cet engagement est formalisé à l'article L. 262-1 du code de la sécurité sociale, qui investit les caisses d'assurance-maladie d'une mission de prévention. Il a été consolidé par la création, en 1988, du fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) et se traduit aussi par une part croissante des financements liés à la prise en charge d'actes de prévention dans le cadre de la consommation de soins et biens médicaux⁵.

La prévention participe de la gestion du risque maladie⁶. Pour un impact durable sur les dépenses de santé, il est indispensable d'agir sur le niveau global du risque des personnes assurées, en évitant, en retardant ou en limitant le développement des maladies.

Cela étant, le Haut Conseil attire l'attention sur l'importance qu'il y a à ne pas considérer l'impact de la prévention sous le seul angle de la maîtrise des dépenses d'assurance-maladie.

D'abord parce qu'on ne peut exclure qu'en termes strictement financiers, la prévention coûte plus cher qu'elle ne « rapporte » en dépenses de soins évitées. Si les dépenses de prévention sont le plus souvent unitairement peu coûteuses, le champ des personnes visées par ces mesures est nécessairement bien plus large que celui des personnes qui auraient requis des soins. En l'état des pratiques et méthodes d'évaluation, il n'est guère possible de connaître le taux de retour sur investissement des efforts de prévention. Par ailleurs l'acte de prévention est simplement comptabilisé comme un coût l'année où il est effectué alors que les dépenses évitées, qui ne pourraient se rattacher qu'à des exercices ultérieurs, sont difficiles à évaluer⁷ et les années de vie gagnées peuvent s'avérer coûteuses.

Ensuite et surtout parce qu'une évaluation strictement financière ne saurait être légitime en santé publique : l'objectif de la politique de prévention n'est pas de faire faire des économies, mais bien d'améliorer l'état de santé de la population.

Mais si une approche purement budgétaire n'est pas pertinente, en revanche une évaluation économique a un sens et une légitimité certaine pour mesurer l'efficacité d'une politique. Au regard des coûts induits (de toute nature, et pas seulement strictement financiers), elle consiste notamment à prendre en compte, au nombre des « bénéfiques », les gains en termes de santé et de qualité de vie. L'objectif et la justification de l'approche économique sont ainsi, d'une part de pouvoir arbitrer avec les modalités curatives d'amélioration de la santé, et d'autre part, de pouvoir comparer différents programmes de santé publique entre eux en termes d'utilisation optimale des ressources mobilisées.

Une telle évaluation reste toutefois difficile à mener, compte tenu des problèmes de mesure des données en cause. On peut, à juste titre, manifester un certain scepticisme lorsqu'il est exclusivement fait usage d'indicateurs tels que les QALYs (quality adjusted life years) et DALYs

⁵ Une partie des dépenses engagées sur le Fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS) et sur le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) peut également être rattachée à l'effort de prévention de l'assurance-maladie.

⁶ *Prévention et assurance-maladie*, Bertrand Garros, séminaire MiRe-Drees, juin 2002

⁷ L'Urcam de la région Languedoc-Roussillon a fait faire un travail d'actuariat, duquel il ressort que, dans cette région, les dépenses liées au diabète de type II devraient augmenter de 260% entre 2000 et 2020 si rien n'est fait. Un premier scénario est centré sur une meilleure prise en charge : réduit la tendance, mais de peu, avec toutefois un rééquilibrage de l'hospitalier vers l'ambulatoire. Un deuxième scénario suppose une intervention précoce : au début, le dépistage augmente le nombre de diagnostics et donc de personnes soignées, ce qui entraîne un accroissement de la consommation de soins. Mais après quelques années, la tendance s'inverse. Un troisième scénario s'appuie sur l'élaboration d'une stratégie de prévention primaire (incitation au changement de mode de vie) permettant de diminuer de 1%, chaque année, le nombre de cas : les dépenses diminuent sur l'ensemble de la période.

(disability adjusted life years), qui prétendent mesurer le gain d'espérance de vie pondérée par la *qualité de vie* ou la *dépendance* des années supplémentaires. Mais il reste, malgré cela, nécessaire de prendre concrètement en compte, de manière quantifiable, les effets directs d'une mesure en termes de qualité de vie des politiques menées sur le long terme.

Le Haut Conseil n'entend pas se pencher sur la définition des priorités de santé publique qui relèvent de la seule responsabilité de l'Etat. Il veut seulement rechercher, pour l'assurance-maladie, les moyens d'intervenir de la manière la plus efficace possible, dans la continuité de l'approche privilégiée dans le rapport de janvier 2004.

Par ailleurs, le Haut Conseil consacrera une étude ultérieure aux questions relatives à la prise en charge de la prévention par les différents acteurs intervenant dans les dispositifs institutionnels que sont : la Protection maternelle et infantile, la Médecine scolaire, la Médecine du travail, et les Centres d'examen de santé de l'Assurance maladie.

Section 1 Aspects macroéconomiques de la prévention

Si le champ de la prévention médicale est difficile à circonscrire, les dépenses de prévention prises en charge par l'assurance-maladie sont, sans conteste, largement sous-estimées dans les comptes nationaux de la santé.

1.1 La prévention médicale : un champ qui échappe aux catégories

Si la littérature fournit des définitions diverses de la prévention, lesquelles mériteraient à elles seules une étude critique, un certain consensus peut être trouvé autour de la proposition de l'Organisation mondiale de la santé, qui définit la prévention médicale comme regroupant les actions tendant à éviter l'apparition, le développement ou la complication d'une maladie.

Cette définition invite à distinguer trois champs :

- la prévention primaire a pour but d'éviter l'apparition de la maladie en agissant sur les causes (éducation à la santé ; vaccination ; traitement des facteurs de risque) ;
- la prévention secondaire vise à détecter la maladie ou la lésion qui la précède à un stade où il est encore possible d'intervenir utilement, afin d'éviter l'apparition des symptômes cliniques ou biologiques (ex : dépistage) ;
- la prévention tertiaire a pour objectif de limiter la gravité des conséquences d'une pathologie (incapacités, séquelles ou récurrences).

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé en propose une traduction en droit positif : « *la politique de prévention 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 et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé ».

Dans les faits, il n'est pas aisé de tracer une ligne de partage opérationnelle entre ces différents volets de la prévention, pas plus d'ailleurs qu'entre le champ de la prévention et celui du soin. Actes de prévention et de soins sont bien souvent indissociables et, plus largement, il n'est guère de soins qui ne soient prodigués dans le but d'éviter une aggravation de l'état de santé du patient⁸.

Le Haut Conseil entend, dans le présent avis, privilégier une approche pragmatique, en excluant de ce champ la prévention tertiaire en général qui, de fait, se confond étroitement avec les soins médicaux, mais en incluant tout de même – parce qu'ils relèvent des préventions primaire et secondaire – la prise en charge des facteurs de risque non compliqués (hypertension artérielle, diabète, hyperlipidémie, obésité⁹, alcool et tabac)¹⁰.

1.2 Les dépenses de prévention sont sous-estimées dans les comptes nationaux de la santé

Les comptes de la prévention retracent uniquement les dépenses engagées au titre de programmes spécifiques de prévention, ce qui correspond à trois agrégats :

- le poste « médecine préventive et dépistage » (médecine du travail, médecine scolaire, PMI et planning familial, programmes de vaccination et de dépistage systématique, prévention bucco-dentaire),
- les « programmes spécifiques de santé publique » (toxicomanie, alcoolisme, tabagisme, sida)
- et diverses « missions de santé publique à caractère général » non recensées dans la consommation médicale totale (prévention des risques professionnels, veille ...).

Ainsi définie, la dépense affectée à la prévention est relativement faible, de l'ordre de 3,9 milliards d'euros en 2003, soit 2,3% de la dépense courante de santé.

Toutefois, cette estimation est insuffisante. Il faut en effet recenser, au sein des consommations de soins et biens médicaux, celles, nombreuses, correspondant à des motifs de prévention : s'agissant par exemple de la part imputable à la prévention dans les consultations médicales, elle serait, suivant les estimations validées par la profession, de l'ordre d'au moins 15 %. Les médecins généralistes, notamment, pratiquent, au quotidien, de très nombreux actes de prévention, au nombre desquels les conseils mais aussi les vaccinations (principalement pédiatriques, anti-tétanos, grippe), le dépistage des cancers féminins, l'incitation et l'accompagnement à l'arrêt du tabac et, dans une moindre mesure, la lutte contre l'alcoolisme, les conseils hygiéno-diététiques, le traitement des facteurs de risque et la prévention des maladies sexuellement transmissibles¹¹. Il paraît donc pertinent

⁸ W. Dab, *Préventif et curatif : attention aux faux-semblants*, 2003, voir annexe 2.

⁹ Voir annexe 3, l'obésité en France : évolution de la prévalence, conséquences en termes de santé publique et estimation du coût.

¹⁰ On remarquera que cette définition pragmatique du champ de la prévention n'est donc pas autonome par rapport aux objectifs de santé publique définis en un moment et en un lieu donné.

¹¹ *Implication des médecins généralistes dans la prévention*. La Revue du praticien, 1998 n°12.

de tenter d'évaluer les coûts induits par ces démarches (consultations, prescription de médicaments et d'examens de dépistage ou de surveillance...)¹².

Note de méthode

Le CREDES et la DREES ont entrepris de repérer cette activité de prévention « cachée », à partir des sources d'information médicalisées disponibles et en prenant le parti d'une évaluation a minima¹³.

Ils ont retenu les consommations de soins et biens médicaux, tant hospitaliers qu'ambulatoires, appartenant aux catégories suivantes :

- les actes de prévention primaire et secondaire s'adressant directement à certaines maladies (vaccinations ; dépistages ; examens généraux de population - visites des nourrissons...) ;
- la prise en charge des principaux facteurs de risque - sans complications - (hypertension artérielle, hyperlipidémie, obésité, diabète, consommation excessive d'alcool et de tabac) ;
- la contraception, le suivi de la grossesse non compliquée et la prévention de l'ostéoporose.

L'évaluation consiste à ventiler les dépenses de consommation entre prévention et non prévention, selon le motif de la consommation et, en cas de pluralité de motifs, en pondérant cette dépense.

La ventilation des dépenses entre prévention et non prévention n'a pu être menée à bien que sur une partie du champ des dépenses (66% pour le secteur hospitalier dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique, 71% pour les soins ambulatoires, 73% pour les actes de biologie, 80% pour le médicament), lorsqu'elle n'était pas impossible à réaliser, faute de sources ou du fait de l'insuffisance de ces ressources (l'hospitalisation psychiatrique et de longue durée ne sont pas couverts). Par ailleurs, pour tous les postes couverts, l'évaluation des dépenses de prévention s'est faite a minima. Ont ainsi été omises toutes les dépenses correspondant à des actes à usage mixte dont, faute de sources détaillées, on ne peut pas connaître le motif (pour les soins dentaires et les actes de biologie notamment : le fait de disposer du codage de biologie, s'il renseigne sur la nature de l'examen pratiqué, ne suffit pas pour savoir si un acte relève de la prévention ou non).

Au total, il apparaît que, pour 1998, l'estimation *a minima* de ces dépenses « cachées » dans la consommation de soins et de biens médicaux porte les dépenses de prévention à environ 9 milliards d'euros, soit environ 7 % de la dépense courante de santé¹⁴.

¹² Seraient également du ressort de la prévention environ 15% des dépenses de médicaments, principalement consacrées au traitement des facteurs de risque (soit 3,2 Mds euros, pour un montant proche de celui de l'ensemble des trois agrégats affectés à la prévention !).

¹³ DREES, *Etudes et résultats*, n° 247, juillet 2003 et CREDES, *Questions en Economie de la santé*, n° 68, 2003.

¹⁴ 44% des dépenses de prévention concernent directement la prévention primaire et secondaire, hors facteurs de risque, avec des postes tels que les vaccinations (8,3 %, dont 122 millions d'euros pour la vaccination antigrippale) et le dépistage. 40% du total des dépenses de prévention serait attribuable au traitement des facteurs de risque, et notamment à la prise en charge de l'hypertension artérielle (qui représenterait à elle seule 20 % des dépenses de prévention), de l'hyperlipidémie (9,5%) et du diabète non compliqué (6,6%). 8% des dépenses de prévention sont imputables à la procréation et à la ménopause. (source : Cash et alii, *Rapport Thalès-Cemka pour la direction de la sécurité sociale, 2001*).

1.3 L'assurance-maladie participe de manière significative à l'effort de prévention

Au sein des dépenses affectées à la prévention dans les agrégats des comptes de la santé, celles financées par l'assurance-maladie correspondent principalement aux montants engagés par le *fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire* du régime général (317 millions d'euros en 2004), par les fonds de prévention des autres caisses nationales (20 millions d'euros pour la MSA et 6 millions d'euros pour la CANAM en 2003) et par le *fonds de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles* (317 millions d'euros en 2002). Une partie du *fonds national d'action sanitaire et sociale* (à hauteur d'environ 5 millions d'euros en 2003) et du *fonds d'aide à la qualité des soins de ville* (à hauteur d'environ 1,3 million d'euros en 2002) est également affectée à des actions de prévention, via des subventions accordées par les organismes locaux. Par ailleurs, le financement de *l'Institut national de prévention et d'éducation de la santé* provient pour les deux tiers de l'assurance-maladie, pour un montant d'environ 55 millions d'euros qui s'impute sur le risque.

Quant aux consommations de biens et soins médicaux consacrées à la prévention et prises en charge par l'assurance-maladie, on peut les évaluer au minimum, compte tenu des réserves méthodologiques et du niveau des taux moyens de remboursement, à une enveloppe globale de 4,5 milliards d'euros.

Il reste que ces chiffres, issus d'une première approximation, dans l'attente d'études complémentaires, n'ont guère de sens par eux-mêmes. Ils ne présentent un intérêt qu'au regard des lacunes ainsi mises en évidence dans les comptes de la santé.

L'assurance-maladie, qui prend à sa charge la majeure partie des dépenses de prévention « cachées », se doit de renforcer ses capacités d'évaluation d'actes qu'elle finance sans en connaître le montant, ni l'efficacité. D'autant que ces dépenses de prévention diffuses contribuent largement à la forte croissance des dépenses de santé notamment en biologie¹⁵.

Par ailleurs, le cloisonnement comptable ainsi mis en évidence n'est pas sans renvoyer à l'ignorance réciproque dans laquelle se tiennent trop souvent, d'une part, des programmes publics de prévention lancés à grand renfort de communication et, d'autre part, des actes de prévention relevant de la pratique quotidienne des professionnels de santé, encore peu organisés, sinon connus.

Or, les services en charge de l'assurance-maladie sont, de par leur réseau, particulièrement à même :

- d'associer ces deux types de démarches (collectives / individuelles) en essayant d'en organiser les synergies ;
- de rattacher ces démarches de prévention à une politique d'ensemble d'accès aux soins.

¹⁵ Pour le régime général d'assurance maladie, les dépenses de biologie ont crû de 11,8% en 2002 et de 10% en 2003.

Section 2 Ce qu'une bonne prévention peut apporter à l'assurance maladie

Pour répondre aux exigences de qualité et d'efficience, les démarches de prévention doivent respecter certaines conditions.

Le Haut Conseil constate qu'il n'existe guère de critères objectifs permettant de mesurer l'efficacité des actes d'éducation à la santé et de prévention et d'arbitrer, le cas échéant, entre le « préventif » et le « curatif » ou entre différentes démarches de prévention (éducation, vaccination, dépistage,...). Ce que l'on sait en revanche, c'est qu'une simple augmentation de moyens, sans véritable programmation associée à des protocoles précis, peut n'avoir aucune utilité, voire s'avérer négative.

2.1 Le constat : un suivi insuffisant des démarches de prévention, tant au niveau individuel que collectif, et une faible diffusion de la « culture de prévention »

L'assurance-maladie bénéficie d'une expérience certaine en termes de programmes concernant directement les assurés sociaux et leur proposant des prestations à titre gratuit : suivi des nourrissons, bilan bucco-dentaire auprès des adolescents, suivi des grossesses, vaccination anti-grippale auprès des seniors, dépistage organisé de certaines pathologies (maladies génétiques rares chez les nouveaux-nés, cancer du sein,...).

Toutefois, les dispositifs d'évaluation correspondants, lorsqu'ils existent, ne permettent guère d'en apprécier l'utilité, en particulier à l'égard des populations qui accèdent le moins spontanément aux soins.

On peut notamment regretter le défaut de suivi des personnes ayant bénéficié de diagnostics ou de mesures de dépistage. A titre d'exemple, les bilans de santé réalisés en milieu scolaire sont riches d'enseignement sur l'état de santé des jeunes enfants (troubles de la vision, problèmes de surpoids, santé bucco-dentaire, asthme, etc..) et sur les disparités territoriales concernant le recours aux soins et l'incidence de certaines pathologies¹⁶, mais rien ne permet de savoir si, d'une part, le diagnostic a été suivi d'une prise en charge effective et, d'autre part, si ces mêmes enfants sont ou non en meilleure santé quelques années plus tard. Il s'agit pourtant de l'enjeu principal, en termes de santé publique, de ces démarches.

Le Haut Conseil estime qu'une telle évaluation est indispensable pour mesurer la portée des actions de prévention engagées. Un travail interne du Conseil scientifique de la CNAMTS s'interroge également sur l'efficacité des mesures de dépistage : se donne-t-on les moyens de suivre et soigner les personnes ayant bénéficié d'un dépistage ?

¹⁶ DREES, *Eudes et résultats*, n°250, L'état de santé des enfants de 5-6 ans dans les régions, juillet 2003.

Les études de cohorte sont, pour l'instant, pratiquement inexistantes même si l'on doit mentionner, pour les enfants, l'organisation d'un cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire, mené à l'occasion des bilans scolaires par les ministères chargés de la santé et de l'éducation nationale¹⁷

Il en va de même s'agissant, autre exemple, des vaccinations : dans une étude relative à la vaccination des enfants contre la tuberculose, la DREES¹⁸ fait état du manque de suivi de ces actes. L'écart entre le pourcentage, relativement satisfaisant, d'enfants de six ans vaccinés par BCG en 1997 (soit 95%) et le taux d'enfants de six ans effectivement immunisés (soit 66%), est particulièrement significatif. On relèvera ainsi que seuls 48% des enfants vaccinés une première fois ont été soumis à un contrôle tuberculique moins d'un an après, alors que le comité technique des vaccinations préconise un contrôle dans les 3 à 12 mois suivant la primo-vaccination. A six ans, le résultat de la primo-vaccination n'est pas connu pour 15% des enfants vaccinés. On n'en sait guère davantage sur l'impact des campagnes de vaccination des personnes âgées contre la grippe : il s'agirait pourtant de suivre l'état de santé des intéressés sur une seule saison.

Ces failles relèvent de « l'organisation » des démarches de prévention, mais aussi de l'insuffisante diffusion d'une « culture de la prévention ».

Ainsi, il ressort d'une étude initiée en 2000 par la DREES et la DGS, sur la prévalence des problèmes d'alcool parmi les personnes ayant recours au système de soins un jour donné¹⁹, que 20% des patients présents dans un établissement de santé un jour donné et 18% des patients vus par les médecins généralistes libéraux en consultation ou en visite présentaient un risque d'alcoolisation excessive. Le dépistage de la dépendance à l'alcool devrait dès lors pouvoir être utilement réalisé à l'occasion des consultations médicales ordinaires. Toutefois, il ressort également de cette même étude que les médecins ne sont pas toujours capables de dresser ce diagnostic. En effet, l'évaluation du risque d'alcoolisation excessive se fonde en l'espèce sur le croisement des réponses à trois types de questionnement : un premier questionnaire évaluant la conscience qu'a le patient de sa consommation d'alcool, un deuxième questionnaire de dépistage élaboré par l'OMS et, enfin, deux questions simples, renseignées par le médecin traitant : *Le patient a-t-il un problème avec l'alcool ? Existe-t-il des signes de dépendance physique ?* Or, il ressort de ces résultats que, pour les patients hospitalisés, 38% de ceux classés à risque d'après leurs réponses aux deux premiers questionnaires n'avaient pas été détectés comme tels par le médecin ; ce pourcentage de cas « non repérés » est encore plus élevé en ville, où il s'élève à 47% des patients présentant un risque d'alcoolisation excessive.

On peut faire état d'insuffisances comparables dans d'autres cas, par exemple pour le diagnostic des facteurs de risque de l'hépatite C - et alors qu'il est en principe préconisé de demander aux médecins d'identifier les populations cibles pour le dépistage de l'hépatite C. De même dans le cas de la prise en charge de la ménopause, de la vaccination contre l'hépatite B ou de la prescription d'hypolipémiants, de nombreux médecins admettent « s'y perdre un peu ».

Le besoin de formation, d'échanges et de diffusion de l'information apparaît dès lors patent, de l'avis même des médecins concernés.

¹⁷ En 2004-2005, la génération des enfants vus en grande section de maternelle en 1999-2000 fera l'objet d'une nouvelle enquête en classe de CM2, puis, quatre ans plus tard, en classe de troisième.

¹⁸ DREES, *Etudes et Résultats*, n°8, Vaccination contre la tuberculose, mars 1999. Ces résultats concernent des situations antérieures à l'entrée en vigueur de l'arrêté du 5 septembre 1996 relatif à la vaccination et au contrôle tuberculique, mais n'en sont pas moins significatives des carences du système.

¹⁹ DREES, *Etudes et Résultats*, n°192, Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins un jour donné, septembre 2002.

Toutefois, avant de s'intéresser aux moyens opérationnels, il est nécessaire de dégager quelques critères qui paraissent déterminants au Haut Conseil pour mesurer l'utilité des politiques de prévention.

2.2 Trois critères paraissent déterminants pour qu'une politique de prévention produise des effets utiles :

- **la participation** : une modalité de dépistage même très efficace ne présentera pas d'intérêt collectif s'il n'y a pas de mobilisation effective de la population concernée ;
- **la qualité** : à défaut, les actes de prévention risquent d'avoir une utilité collective négative – à titre d'exemple, les erreurs de dépistage peuvent entraîner, s'il s'agit de « faux positifs », des examens complémentaires coûteux et des interventions chirurgicales dangereuses et, s'il s'agit de « faux négatifs », un retard lourd de conséquences dans le traitement de la maladie. Il est dès lors indispensable que le patient ait recours à un professionnel qui offre un certain nombre de garanties d'équipement, de pratique et de procédure ;
- **la traçabilité** : le déficit de suivi des démarches de prévention entreprises nuit à l'efficacité des actes de prévention et fait, en tout état de cause, obstacle à l'évaluation de leur utilité.

De l'importance de la participation

L'utilité de la prévention dépend au premier chef de la participation effective de la population. Il en va, dans certains cas, de l'efficacité même de la prévention, s'agissant par exemple de la vaccination, dont on sait qu'elle a pour objectif de protéger l'individu vacciné mais aussi de diminuer le réservoir potentiel de l'agent infectieux²⁰.

Il en va, plus généralement, de l'utilité de la politique de prévention : la participation des femmes ciblées par les campagnes de dépistage du cancer du sein était de moins de 45% en 2000 (*année où le gouvernement a fait de la généralisation du dépistage du cancer du sein une priorité nationale*), soit bien inférieure à la référence européenne, de 60%. A cet égard, il ne s'agit pas de rechercher la participation du plus grand nombre des femmes, mais d'obtenir une participation plus massive des femmes pour lesquelles le dépistage systématique est préconisé. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, dans sa recommandation sur le dépistage du cancer du sein, suggère ainsi de cibler au plus près les âges critiques, en excluant les femmes de 40 à 49 ans du dépistage systématique, afin de ne pas risquer de voir ces femmes démobilisées, après dix ans d'exams, à l'âge où leur participation sera devenue indispensable (entre 50 et 69 ans).

Il faut également rechercher une participation plus effective des populations les plus vulnérables, face au constat de l'inégale répartition sociale et spatiale des pathologies et de la mortalité évitables²¹.

²⁰ On relèvera par exemple que, si elle a fortement augmenté en une dizaine d'années, la couverture vaccinale contre la rougeole stagnait encore, en 2000, à moins de 85% à l'âge de 2 ans, à un niveau qui reste inférieur au taux de 95% considéré comme nécessaire pour éradiquer le virus de la rougeole.

²¹ *Inégalités et disparités de santé en France*, Haut comité de santé publique, 2002 ; *Les inégalités sociales de santé*, Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2000.

Section 3. Ce qu'un bon système d'assurance maladie peut apporter à la santé publique

Réciproquement, les leviers financiers de l'assurance-maladie pourraient être davantage mobilisés au service d'objectifs de santé publique.

Ces leviers sont bien connus : ils sont financiers (avec le tarif des actes et des prestations, et les financements par subvention), réglementaires (avec notamment les conditions de prise en charge) et enfin informationnels (à la fois sous l'angle des campagnes d'information et de sensibilisation des professionnels et des assurés, et sous l'angle de l'usage des systèmes d'information).

3.1 Une politique tarifaire qui mobilise les professionnels de santé autour des exigences de qualité et de suivi.

Les professionnels de santé sont, on l'a vu, en première ligne pour la prévention : les médecins généralistes, en particulier, s'adressent à une fraction très importante de la population, dans le cadre d'une relation de proximité. Ils ont une capacité de sensibilisation et d'influence certaine sur l'évolution des comportements. S'ils ont dès lors assez naturellement vocation à contribuer efficacement à une plus grande mobilisation, encore faut-il susciter leur adhésion : leur pleine association est indispensable à l'efficacité des politiques de prévention et à la crédibilité des programmes auprès des assurés. Mais il faut pour ce faire leur donner les moyens d'y participer, et d'y participer efficacement.

Le cadre juridique de nouveaux outils conventionnels a été mis en place (avec notamment les contrats de santé publique, article L.162-12-20²²) qui permet de rémunérer la participation des médecins à l'effort de prévention, comme cela se fait dans d'autres pays européens²³.

Mais quel que soit le cadre retenu, l'exigence centrale est que la valorisation des actions préventives s'accompagne, pour en garantir l'efficacité, d'un certain nombre d'engagements des professionnels. Ceux-ci pourront, selon le cas, tenir à la formation, à l'équipement, au respect de protocoles, au nombre d'actes pratiqués ou encore à la participation à des réseaux, selon des normes à définir de manière concertée.

On doit ajouter qu'à cet effet, le développement de référentiels validés, partagés, diffusés et appliqués s'avère indispensable. On peut rappeler que, parmi les missions de la Haute Autorité de santé, figure le fait « *d'élaborer et de valider des recommandations (...) et des références médicales et professionnelles en matière de prévention (...)* ».

Enfin, l'exigence de formation devrait être un volet important de l'engagement des praticiens dans la politique de prévention. Il serait d'une part souhaitable d'exiger un renforcement de la formation initiale des professions médicales sur la prévention, en privilégiant notamment une

²² Loi du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance-maladie.

²³ Au Royaume-Uni par exemple, la rémunération des généralistes comprend, outre la capitation, des paiements à l'acte pour les vaccinations, la contraception, la prévention, etc. (Voir à ce sujet l'annexe 41 du rapport du Haut Conseil, 23 janvier 2004).

approche pluridisciplinaire de la santé publique²⁴. S'agissant, d'autre part, de la formation continue - qui comporte un volet obligatoire et un volet conventionnel - l'assurance-maladie pourrait développer la dimension "santé publique" de l'offre de formation continue destinée aux médecins généralistes.

L'ensemble de ces points est particulièrement important. Il faut insister à cet égard pour qu'un tel « contrat » d'ensemble – au besoin modulé localement – serve de cadre à la mise en place des « consultations médicales périodiques de prévention » prévues par l'article 10 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et à la définition des conditions de leur rémunération.

3.2 Une prise en charge incitative qui favorise les démarches programmées et coordonnées

L'article L.322-1, 16° du code de la sécurité sociale prévoit déjà la prise en charge améliorée, voire intégrale (exonération totale ou partielle du ticket modérateur, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat) des frais d'examen de dépistage réalisés dans le cadre des « programmes prioritaires » de dépistage ou de prévention prévus aux articles L.1411-2 et L.1417-2 du code de la santé publique²⁵.

Mais, outre que le décret en Conseil d'Etat qui serait nécessaire pour que cette disposition entre en vigueur n'a jamais été pris, la modulation du taux de prise en charge pourrait être étendue, dans le champ de la prévention, à d'autres actes, produits ou prestations que les seuls examens de dépistage.

→ au service de démarches programmées :

Dire qu'une démarche de prévention est « programmée », c'est dire d'abord qu'elle est le résultat d'une démarche volontaire des pouvoirs publics, conforme – en principe – à des protocoles qui recommandent l'opération à l'égard de certaines parties de la population. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé a élaboré de tels protocoles dans plusieurs domaines de santé publique (notamment pour le dépistage²⁶), de manière concertée et en s'appuyant sur le dernier état de la littérature scientifique.

Le caractère « programmé » signifie du même coup que l'intervention des professionnels est organisée et encadrée, que le public visé est activement sollicité pour y prendre part, et que quiconque s'y engage est à la fois suivi et accompagné dans son cheminement.

Ce caractère « programmé » s'impose presque toujours, pour de nombreuses raisons. En premier lieu, à l'égard des inégalités de santé, notamment sociales, l'essentiel n'est pas toujours de faire « plus » de prévention mais de faire de la prévention ciblée, à destination de certaines populations. En second lieu, c'est dans le cadre d'une prévention « programmée » que les exigences de qualité et de traçabilité évoquées plus haut sont le plus aisément vérifiées.

²⁴ Proposition figurant dans le rapport 2003 de l'IGAS.

²⁵ La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique modifie ces parties du code de la santé, sans que la référence faite par le code de la sécurité sociale soit affectée sur le fond. Désormais, la disposition d'exonération du ticket modérateur bénéficiera aux actes de dépistages réalisés dans le cadre des programmes de santé publique mentionnés à l'article L.1411-6 (nouveau).

²⁶ Parmi les recommandations publiées, on relèvera par exemple celle relative au dépistage du cancer du sein : *pour un dépistage systématique pour les femmes de 50 à 70 ans, à raison d'une mammographie à deux incidences tous les deux ans, et sous réserve de prédispositions familiales au cancer du sein.*

Sans doute les démarches programmées et collectives souffrent-elles d'un déficit d'image : elles sont parfois perçues comme une médecine de masse, qui serait de moindre qualité. Or c'est tout l'inverse qui est vrai, dès l'instant que le programme soumet les professionnels qui y participent à des exigences et à des contrôles stricts de compétence (par exemple : nombre de lectures minimales par praticien) et de respect des référentiels.

Afin de faire du programme le *modus operandi*, en matière de dépistage notamment, le Haut Conseil considère qu'il faut garantir une prise en charge intégrale des actes qui s'inscrivent dans une démarche programmée, accréditée et évaluée.

Chaque fois qu'une telle démarche a été retenue, l'assurance maladie obligatoire a, jusqu'à présent, assumé seule l'exonération du ticket modérateur. Mais dans le même temps, alors même qu'il n'y avait aucune raison de continuer de rembourser les actes de dépistage effectués en dehors du protocole pour lesquels les critères de qualité et de suivi ne sont pas assurés et dont l'utilité collective est dès lors négative, cette contrepartie n'a jamais fait l'objet d'une mise en œuvre²⁷. Ces deux aspects des choses (gratuité et sélectivité de la gratuité) devront être reconsidérés désormais en tenant compte de l'article 57 de la loi du 13 août 2004²⁸, qui modifie substantiellement le cadre législatif dans lequel la prise en charge d'ensemble peut être assurée. En effet cet article prévoit la possibilité de subordonner, par décret en Conseil d'Etat, les aides fiscales dont bénéficient certains contrats d'assurance complémentaire « à la prise en charge totale ou partielle [par l'assurance maladie complémentaire] des prestations liées à la prévention »

→ **au service de démarches coordonnées garantissant un suivi des intéressés dans la durée :**

La prévention, très particulièrement lorsqu'il s'agit de prévention secondaire (dépistage), doit s'inscrire dans un parcours de prise en charge : en cas de dépistage positif, il faut être capable d'orienter systématiquement le patient vers une prise en charge rapide et adaptée. L'instrument tarifaire peut aussi être un moyen de lever les obstacles à ce suivi.

Un tel suivi du patient est par exemple expérimenté avec un certain succès en santé bucco-dentaire, dans le cadre du *bilan bucco-dentaire* mis en place en 1997 à l'égard des adolescents : une visite de contrôle gratuite est proposée à chaque adolescent entre 15 et 18 ans, assortie, si nécessaire, de soins consécutifs payants mais remboursés à 100% (hors prothèse et orthodontie), à la condition qu'ils soient effectués dans les six mois qui suivent l'examen de prévention. L'objectif étant de faciliter l'accès aux soins dentaires et d'instaurer des réflexes en matière de santé bucco-dentaires. Il

²⁷ C'est le cas pour les mammographies de dépistage, lorsqu'il existe un programme organisé de dépistage du cancer du sein, pour les femmes sans facteur de risque particulier et qui n'appartiennent pas à la tranche d'âge concernée par le programme C'est le cas aussi des frottis de dépistage : un frottis est un examen efficace pour détecter des lésions gynécologiques, mais la prise en charge du n-ième frottis dans l'année pour l'ensemble des femmes sans symptôme particulier n'est pas justifiable du point de vue collectif.

En ce qui concerne le dépistage du cancer du sein l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé écrit : « Afin d'assurer la cohérence entre les objectifs de santé publique poursuivis par l'organisation du dépistage dans la tranche d'âge 50-74 ans et la gestion du risque-maladie, il serait sans doute souhaitable de limiter le remboursement des mammographies de dépistage à la seule tranche d'âge 50-74 ans (lorsqu'elles sont effectuées à un rythme d'une fois tous les deux ans) ainsi qu'aux indications de dépistage lié à des antécédents familiaux ou un risque génétique élevé (sans restriction d'âge). Plus précisément, les mammographies entrant dans le cadre du programme de dépistage organisé seraient remboursées à 100% par l'assurance maladie. Les mammographies de dépistage chez les femmes présentant un risque génétique ou présentant une pathologie mammaire bénigne le seraient aussi sur demande argumentée du médecin via un système de notification. Pour toutes les autres mammographies de dépistage, le remboursement serait de 0%. [...] », Marc Bernier, *Rapport sur les résultats du dépistage du cancer du sein*, O.P.E.P.S, Juin 2004, pp. 33-34.

²⁸ Voir le texte complet de l'article en annexe 4.

ressort de l'évaluation de ce dispositif, menée notamment par le CREDES²⁹, que ce bilan a facilité le recours aux soins de jeunes issus de famille ayant des revenus faibles - sans pour autant toucher les familles les plus en difficulté, la nécessité d'une avance des frais s'avérant dans ce cas rédhibitoire. De telles expériences mériteraient une évaluation plus fine et approfondie.

→ **au service d'une plus grande implication des assurés eux-mêmes :**

Il n'y a pas, en France, de modulation des contributions sociales³⁰ ni des remboursements de soins en fonction des pratiques. Pourtant, d'autres pays adoptent une modulation du taux de remboursement des soins en fonction du suivi, ou non, dans le passé, d'un protocole de prévention, qui diminue en principe les risques de survenance de la maladie. Ainsi, en Allemagne, le taux de remboursement des prothèses et implants dentaires passe de 50 à 60% si l'assuré est allé consulter un dentiste au moins une fois par an pendant les cinq dernières années, et à 65% s'il justifie d'une visite annuelle pendant les dix dernières années. Par ailleurs, toujours dans ce pays, la loi relative à la réforme du système de santé, adoptée le 17 octobre 2003, prévoit la possibilité pour les caisses de sécurité sociale d'offrir à leurs assurés des avantages, sous forme de diminution des contributions ou de versement de primes, en échange de certains engagements, et notamment en cas de participation à des programmes de prévention ou à des actions de dépistage.

Une telle perspective est ouverte par la loi du 13 août 2004 qui prévoit une démarche conjointe avec les assurances complémentaires : car il ne faudrait pas que l'effet incitatif soit réduit à néant du fait d'une prise en charge, par les complémentaires, des actes moins remboursés. Des contrats innovants pourraient voir le jour, permettant aux assurances complémentaires de prendre une part active à la politique de prévention.

3.3. La démarche de planification engagée par la loi relative à la politique de santé publique pourrait servir de point d'appui à un engagement plus poussé de l'assurance maladie.

Les cent objectifs annexés à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique fixent pour la première fois, à horizon de quatre ans, un programme mesurable de progrès à accomplir en matière d'état de santé de la population.

Une part importante de ces objectifs ont ainsi été déclinés en termes quantitatifs : par exemple, pour l'objectif n°38 (Hépatites), il est prévu de réduire de 30% la mortalité attribuable aux hépatites chroniques, et donc de diminuer du même taux les patients atteints de cette maladie d'ici 2008 ; de même, pour l'objectif n°50 (Cancer du sein), il est prévu d'atteindre un taux de couverture de dépistage de 80% pour les femmes de 50 à 74 ans. Ou encore, pour l'objectif n°71 (Hypertension artérielle), de réduire de 5mm la pression artérielle systolique moyenne des hypertendus, et de 2mm la pression artérielle de la population normotendue.

Indépendamment des outils mis en place par la loi elle-même, il est évident que la plupart de ces objectifs peuvent trouver une partie des voies et moyens de leur réalisation dans les instruments propres au système d'assurance maladie. L'évaluation et la concertation indispensables à cette mise en œuvre concrète n'ont pourtant pas encore été engagées.

²⁹ CREDES, *Questions d'économie de la santé*, n°57, 2002

³⁰ Si ce n'est pour la consommation de tabac et d'alcool, dont une partie des droits d'accises est affectée à l'assurance-maladie.

Il s'agirait tout simplement d'associer, à ceux des cent objectifs de santé publique qui s'y prêtent le mieux, les instruments précis du système de prise en charge de l'assurance maladie qui doivent concourir à leur réalisation. Les quelques exemples cités ci-dessus³¹ montrent qu'une telle démarche d'articulation concrète ne se heurte à aucun obstacle conceptuel. Car les outils susceptibles d'être mis en œuvre sont nombreux, et viennent assez naturellement à l'esprit : cotations ou tarifs spécifiques, contractualisation sur objectifs avec les professionnels ou les établissements de santé, modulation de la prise en charge de certains actes ou produits pour la population cible, mobilisation du système d'information, de la médecine-conseil, du réseau des caisses locales, etc...

Par ailleurs, dans la mesure où la définition même de ces objectifs exprime une hiérarchisation des priorités validée par le législateur (et, pour plusieurs d'entre eux, un effort de précision sur les buts à atteindre), le fait d'y affecter prioritairement les moyens de l'assurance-maladie répondrait au souci d'optimisation de l'emploi de ses ressources.

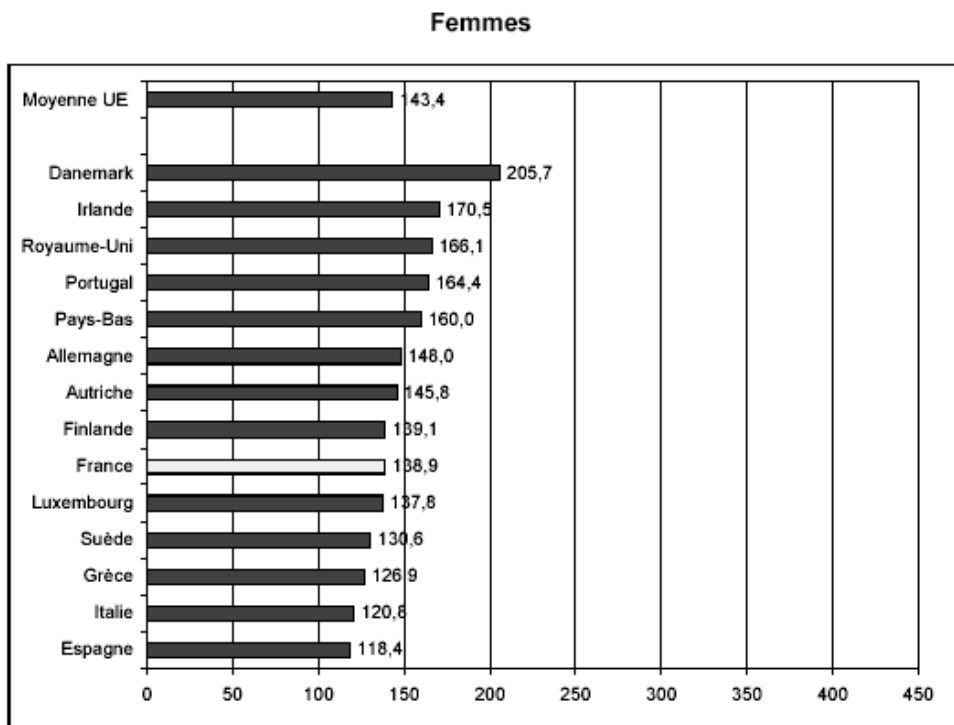
³¹ On peut prendre, parmi les cent objectifs d'autres exemples qui pourraient faire l'objet de la démarche coordonnée santé publique – assurance maladie :

- l'objectif 26, qui vise à réduire de 10% à moins de 7% la proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un événement iatrogène
- l'objectif 27, qui vise à réduire de 130 000 à moins de 90 000 la proportion d'accidents iatrogènes médicamenteux donnant lieu à hospitalisation
- l'objectif 74, qui vise à réduire de 20% la fréquence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation
- l'objectif 91, qui vise à réduire de 30% l'indice dentaire CAO moyen chez l'enfant de 6 ans, l'enfant de 12 ans et l'adulte.

Annexe 1 : Les inégalités sociales et spatiales de la mortalité évitable en France

Il y a environ 540 000 décès par an en France, soit un taux brut de 9,1 décès pour 1000 habitants. Sur ces 540 000 décès, un cinquième, soit 110 500, sont des décès *prématurés*, c'est-à-dire avant 65 ans, avec une différence sensible entre les hommes et les femmes³². Parmi les 110 500 décès prématurés, 38 000 (un tiers de la mortalité prématurée et 7% de la mortalité générale) correspondent à des décès *évitables*³³. L'étude comparative de la mortalité générale au sein des pays de l'OCDE laisse apparaître une situation contrastée marquée à la fois par des taux de mortalité prématurée un peu plus élevés que ceux des autres pays développés (Figure 1) et également par des risques de décès plus faibles une fois ce cap franchi (Figure 2). Ce paradoxe invite à étudier plus en détail la mortalité prématurée et la mortalité évitable. Au-delà des taux globaux, peu informatifs, on observe des disparités à plusieurs niveaux. Si l'on constate d'abord une différence selon les sexes, ce sont surtout les disparités spatiales (Figure 3) et sociales (Tableau 1) qui sont particulièrement marquées.

Figure 1 : Mortalité prématurée dans l'Union européenne. Taux standardisés pour 100 000. Champ : Union européenne sauf Belgique, 1999.



Source : OMS, Région Europe.

³² Le taux de mortalité prématurée chez les hommes atteint 3,1 décès pour 1000 habitants (76 700 décès) tandis qu'il est de 1,4 pour 1000 chez les femmes (33 800 décès) (Source : Ecosanté 2004, données 1999).

³³ Certaines causes de décès à l'origine de la mortalité prématurée peuvent être considérées comme "évitables", c'est-à-dire qu'en l'état actuel des connaissances médicales et compte tenu des capacités de prise en charge du système de soins français, elles ne devraient entraîner que peu de décès avant 65 ans. Les décès évitables peuvent être classés en deux groupes selon les modalités d'action capables d'en diminuer la fréquence. Le premier groupe distingue les décès qui pourraient être évités essentiellement par une action sur les facteurs de risque individuels, par exemple décès par cancer du poumon, alcoolisme ou encore accidents de la circulation. Le second groupe comprend les décès évitables principalement grâce à une meilleure prise en charge par le système de soins (y compris dans le cadre d'actions de dépistages), éventuellement renforcée par une action sur certains comportements individuels, par exemple décès par tuberculose, cancer du sein ou par maladies hypertensives.

Hommes

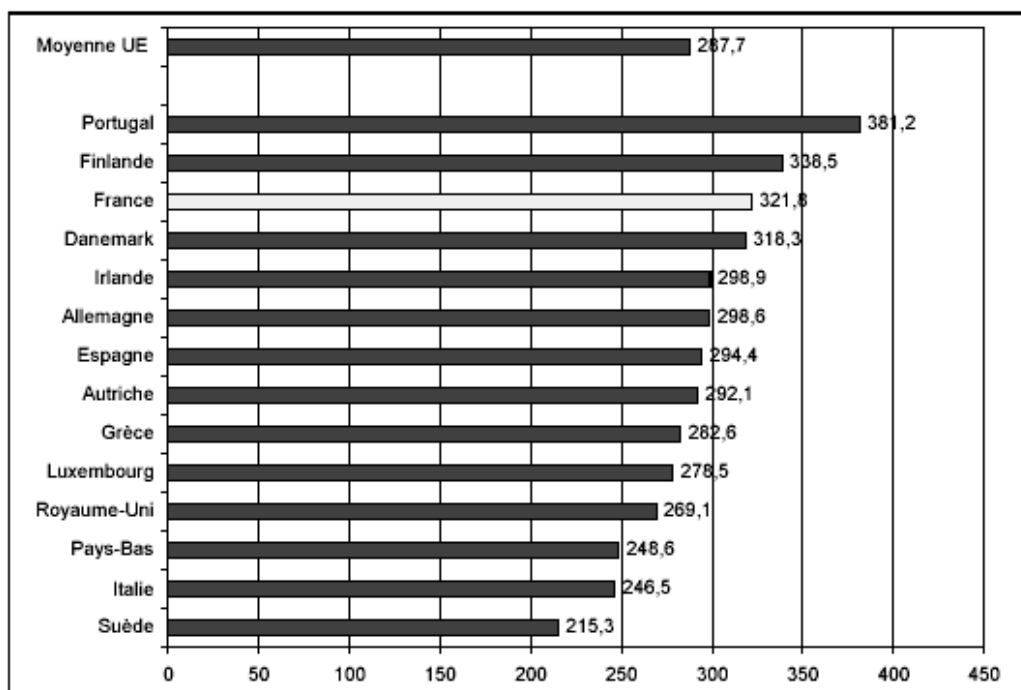
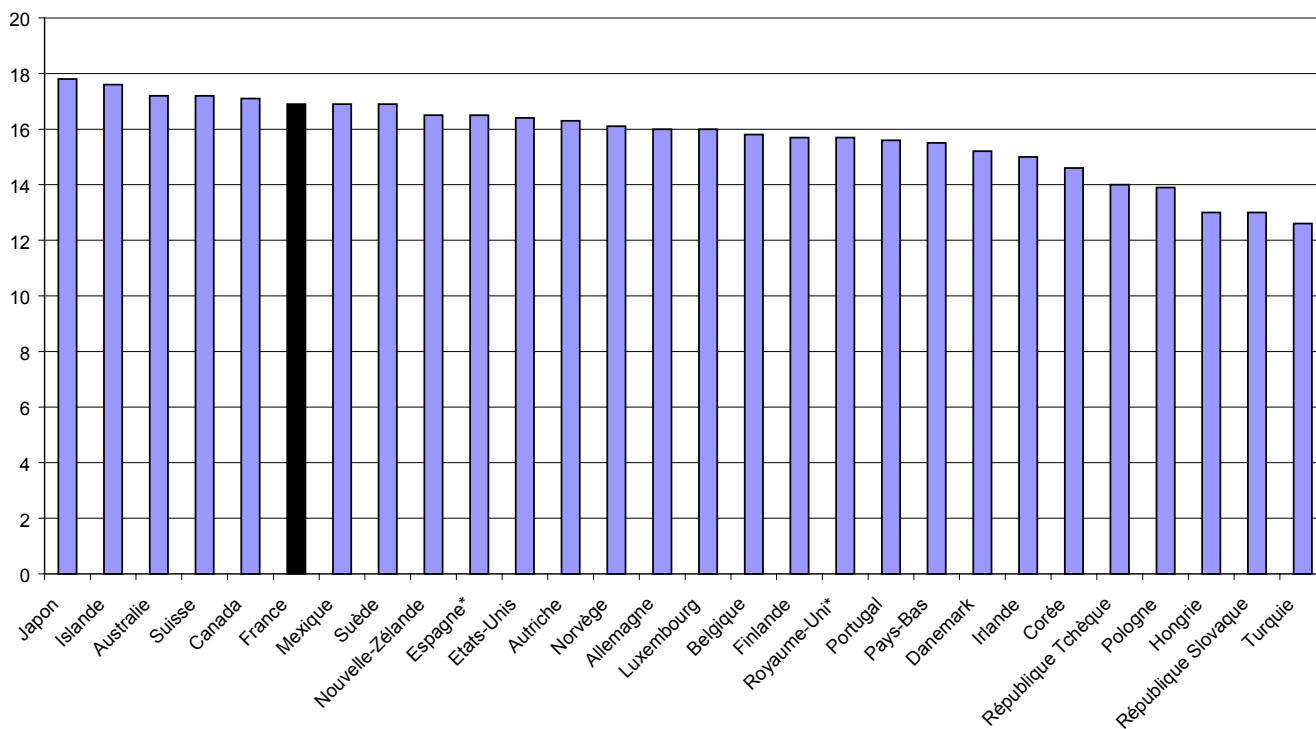


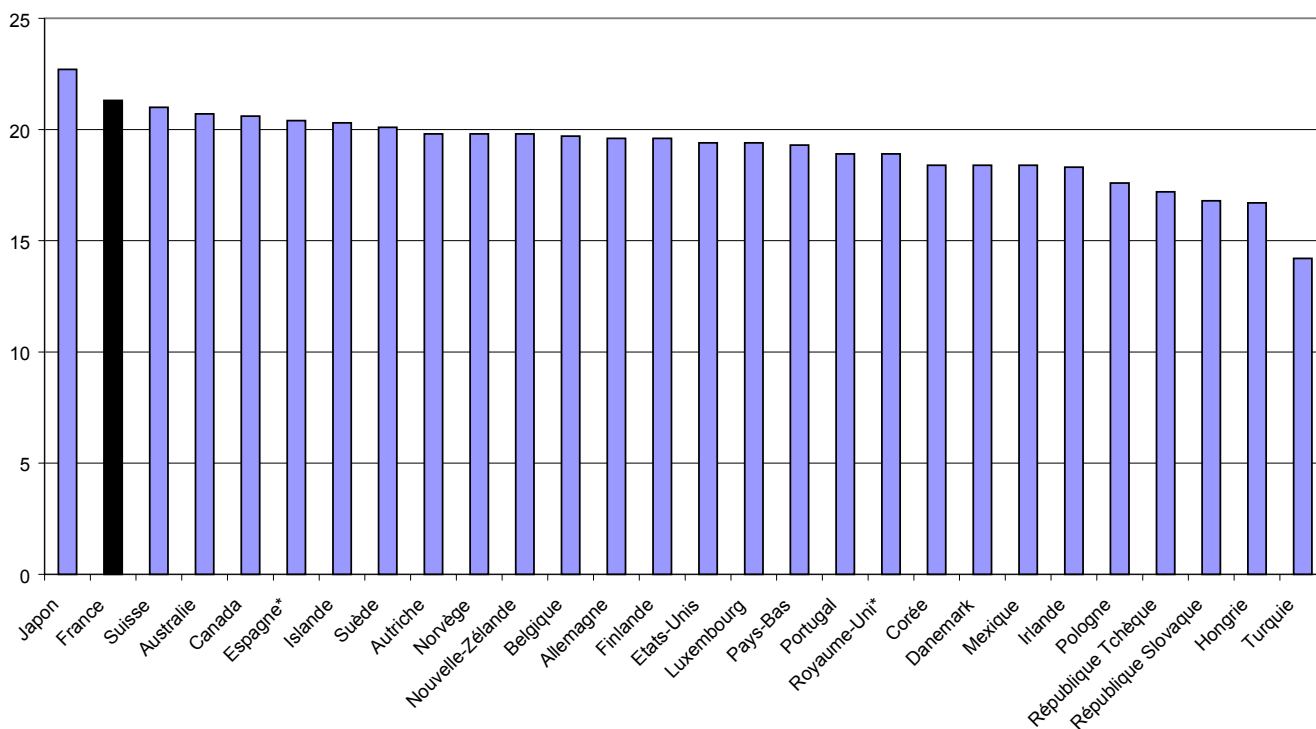
Figure 2 : Espérance de vie à 65 ans pour les pays de l'OCDE, année 2001 sauf Royaume-Uni et Espagne (année 2000)

Source : Eco Santé OCDE, 2004

Espérance de vie à 65 ans - Hommes



Espérance de vie à 65 ans - Femmes

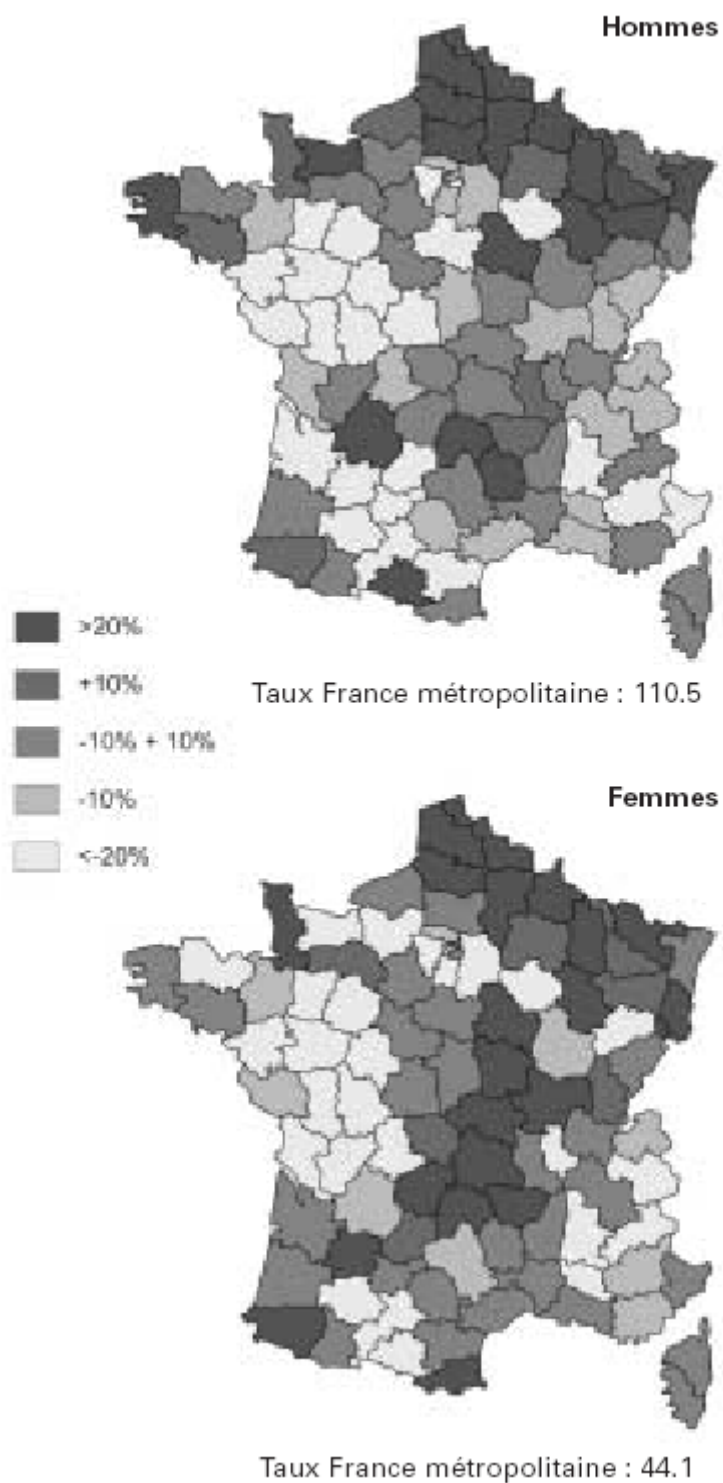


1. Des disparités géographiques importantes

Les disparités spatiales de mortalité en France sont importantes à tous les niveaux : régionale, départementale, infra-départementale voire intra-urbaine. Quel que soit l'indicateur de mortalité retenu, les configurations spatiales sont accusées. La mortalité prématurée évitable n'échappe pas à ce schéma.

La carte reproduite en figure 3 rend compte des disparités départementales de la mortalité évitable liée aux comportements à risque (alcoolisme, tabagisme, conduites à risques,...). Une grande partie de ces décès pourrait être évitée par une amélioration des pratiques de prévention.

Figure 3 : Disparités départementales des taux de mortalité évitable, moins de 65 ans, risques individuels, 1997-1999.



Source : Péquignot F., Le Toullec A., Bovet M. et Jouglu E. (2003) "La mortalité évitable liée aux comportements à risque, une priorité de santé publique en France", *BEH*, n°30-31/2003, pp. 139-141.

Pour les hommes, on note un net gradient nord-est de la surmortalité avec des taux supérieurs de plus de 50% à la moyenne nationale dans les départements du Nord, de la Meuse et du Pas-de-Calais. Les départements du nord-ouest sont également plus touchés (Finistère et Calvados). Une autre zone de surmortalité se dessine en Auvergne (Cantal et Lozère). A l'inverse, les départements les moins exposés se situent dans la partie ouest du pays (Pays de Loire, régions du sud-ouest) et en région parisienne.

La distribution des taux de décès est assez proche chez les femmes (gradient nord-est de surmortalité) mais avec des niveaux de mortalité nettement inférieurs. On constate cependant certaines spécificités. Par exemple, la surmortalité en Auvergne et en Bourgogne est nettement plus marquée pour les femmes que pour les hommes.

Les disparités spatiales de mortalité évitables varient ensuite selon les causes de décès considérées. Pour le cancer du poumon chez les hommes, on retrouve une zone de surmortalité marquée dans le nord-ouest. La distribution de cette cause de décès est différente pour les femmes : les départements du Nord-Pas-de-Calais n'apparaissent plus en surmortalité et ce sont des zones fortement urbanisées comme l'Ile-de-France qui se détachent, au même niveau que les départements de l'est. S'agissant des causes directement liées à l'alcool, un gradient nord-ouest de surmortalité ressort. Que ce soit pour les hommes comme pour les femmes, on observe une opposition très marquée entre le nord et le sud de la France. Les taux de suicide les plus élevés semblent se situer dans l'ouest. Pour les suicides masculins, ressortent également le nord-ouest et le centre. La distribution de la mortalité par accidents de la circulation est plus éclatée, ce qui pourrait refléter l'influence des caractéristiques du réseau routier.

Ces disparités géographiques, bien qu'ayant tendance à se renforcer depuis une vingtaine d'années, restent largement inexplicables. Elles renvoient sans doute en grande partie à des distributions spatiales inégales des facteurs de risques environnementaux, sociaux, économiques ou culturels, ainsi que de l'offre et de la qualité des soins sans que l'on sache définir les combinaisons spatiales de ces facteurs ni en hiérarchiser les poids respectifs. Parmi les pistes de recherche explicatives de ces disparités, il peut être pertinent de se demander dans quelle mesure les inégalités sociales expliquent une partie des écarts constatés.

2. L'impact des inégalités sociales

Les inégalités sociales devant la mort sont particulièrement marquées et ce quel que soit l'indicateur de mortalité retenu. S'agissant plus spécifiquement du taux de mortalité prématurée, il apparaît que les inégalités sociales pour cet indicateur sont plus importantes en France que dans la plupart des autres pays développés.

On enregistre dans tous les pays d'Europe, et pour la plupart des causes médicales de décès, un risque plus élevé pour les travailleurs manuels que pour les autres professions³⁴. Le tableau 1 met en exergue quelques spécificités nationales.

³⁴ Kunst A.E., Groenhouf F., Mackenbach J.P. (2000) "Inégalités sociales de mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens ". In : Leclerc A., Fassin D., Grandjean H. Kaminski M. Lang T. (eds), "Les inégalités sociales de santé", Paris : Inserm-La Découverte, 2000, pp. 53-68.

Tableau 1 : Rapports des taux de mortalité des hommes travailleurs manuels/non manuels âgés de 45 à 59 ans en Europe.

	Cancer poumon	Autres cancers	Cardio- vasculaire	Gastro- intestinal
France	1,65*	1,75*	1,14	2,20*
Angleterre, Pays de Galles	1,54*	1,07	1,50*	ND
Irlande	1,95*	1,17*	1,23*	1,08
Finlande	2,20*	1,14*	1,47*	1,37*
Suède	1,46*	1,11*	1,36*	1,58*
Norvège	1,62*	1,15*	1,35*	1,42*
Danemark	1,51*	1,09*	1,28*	1,65*
Suisse	1,73*	1,29*	0,96	1,62*
Italie (Turin)	1,26	1,17*	1,08	1,85*
Espagne	1,38*	1,31*	0,98	1,59*
Portugal	1,07	1,15*	0,76*	1,59*
* Rapport significativement différent de 1			ND : Non disponible	

Source : Kunst et *alii* (2000)

La France présente, parmi les pays étudiés, les plus fortes inégalités sociales face aux cancers, notamment des voies aérodigestives supérieures. Sa situation est en revanche proche de celle de ses voisins pour les cancers du poumon. Cette information est à rapprocher de la nette surmortalité par affections gastro-intestinales (dont les cirrhoses du foie) des travailleurs manuels. Les différences sociales de mortalité par affections cardio-vasculaires sont, d'une façon générale, moindre dans l'Europe du Sud, y compris en France. Ces variations spatiales se combinent avec des variations temporelles : la France n'enregistre de surmortalité des employés, des ouvriers spécialisés et des artisans par affections cardiaques que depuis la fin des années soixante³⁵. Pour deux causes médicales de décès sur les quatre prises en compte dans l'étude de Kunst, la France est ainsi le pays qui présente les écarts sociaux les plus importants. Ce diagnostic est confirmé par les indicateurs de mortalité « toutes causes » : le rapport des taux entre travailleurs manuels et non manuels est de 1,71 en France, 1,33 au Danemark et 1,53 en Finlande³⁶.

Le tableau 2, centré sur la France, recense pour plusieurs causes de décès les taux comparatifs de mortalité prématurée par catégories socio-professionnelles.

Les écarts mis en évidence sont particulièrement importants. Ainsi, le taux de mortalité prématurée liée à l'alcoolisme apparaît dix fois plus élevé pour la catégorie des ouvriers et des employés que pour la catégorie des cadres supérieurs et professions libérales. Il en est de même pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures. On constate également un écart sensible quoique moins accentué pour les accidents de la circulation : le taux de mortalité prématurée des ouvriers atteint 31 pour 100 000 habitants tandis que celui des cadres supérieurs et professions libérales ne dépasse pas 11,5 pour 100 000 habitants.

³⁵ Lang T., Ribet C. "Les maladies cardio-vasculaires". In : Leclerc A., Fassin D., Grandjean H. Kaminski M. Lang T. (eds), "Les inégalités sociales de santé", Paris : Inserm-La Découverte, 2000, pp. 223-238.

³⁶ Kunst A., Groenhof F., Mackenbach J.P. "Occupational Class and Mortality among Men 30 to 64 years in eleven European Countries", *Social Science Medicine*, 1998, pp. 1459-1474.

Tableau 2 : Taux comparatifs (pour 100 000 habitants) de mortalité prématurée (25-54 ans) par catégories socio-professionnelles selon différentes causes de décès (1987-1993)

	Ouvriers Employés	Cadres moyens Commerçants	Cadres supérieurs Professions libérales
Cardiopathies ischémiques	23,8	15,0	9,7
Maladies cérébro- vasculaires	10,5	5,4	3,0
Alcoolisme (Cirrhoses)	25,0	7,4	2,5
Cancers des voies aéro-digestives supérieures	32,3	8,7	3,0
Cancers du poumon	30,8	15,3	8,9
Accidents de la circulation	31	20,1	11,5
Autres accidents	25,7	12,5	9,7
Suicides	39,3	24,1	13,7
Sida	14,9	15,8	16,6
Toutes causes	365,9	196,8	127,3

Source : Salem G., Rican S. et Jouglà E. (2000), *Atlas de la Santé en France, volume 1 les causes de décès*, DREES collection MIRE.

Si les écarts de taux de mortalité prématurée sont particulièrement accentués entre les différentes catégories socio-professionnelles, il serait en partie erroné de considérer que les distributions de mortalité sont homogènes au sein d'une même catégorie. Une étude initiée par Rican et *alii* (2003)³⁷ montre que les distributions de mortalité sont caractérisées par une forte hétérogénéité des niveaux de mortalité à l'intérieur de chaque groupe³⁸ : à condition socio-économique équivalente, les écarts de mortalité sont très importants. Les taux de mortalité toutes causes confondues varient dans un rapport de 1 à 3 dans la plupart des groupes.

Ainsi, la prise en compte des facteurs sociaux ne fait pas disparaître les disparités régionales. La composante régionale constitue un facteur prépondérant des différences de mortalité constatées en France. Cette composante traduit des comportements face à la santé (que ce soit en termes de comportements à risque, d'habitudes nutritionnelles ou de recours aux soins), des déterminants environnementaux et culturels qui vont au-delà des seules disparités sociales.

³⁷ Rican S., Jouglà E. et Salem G. (2003) "Inégalités socio-spatiales de mortalité en France", *BEH*, n°30-31/2003, pp. 142-145.

³⁸ L'étude est basée sur une classification comportant sept types de zones d'emplois, chaque zone d'emplois affichant des caractéristiques socio-économiques homogènes. Le premier groupe concentre des zones fortement urbanisées, essentiellement tertiaires, avec un fort pourcentage de cadres et de bac +2. Le deuxième groupe répertorie les zones plutôt urbaines, peu industrialisées avec une forte implantation des services, du bâtiment et des transports. Le troisième groupe consigne les zones rurales sous industrialisées et qui se caractérisent par une implantation ancienne de l'activité agricole et artisanale. Dans le quatrième groupe sont regroupées les zones rurales plutôt agricoles, peu diplômées avec des petites industries. Le cinquième groupe est constitué des zones rurales industrielles au sein desquelles le pourcentage d'ouvriers non qualifiés est plus élevé. Les zones périurbaines, fortement industrialisées et ouvrières, apparaissent dans le sixième groupe. Enfin, le septième groupe regroupe les zones urbaines industrielles en difficulté (anciennement minières et sidérurgiques) au sein desquelles les ouvriers non qualifiés et les non diplômés sont sur-représentés.

Annexe 2 : Préventif et curatif : attention aux faux semblants³⁹

Pr William Dab, directeur général de la santé

Un mélange d'excellence et de non qualité

Un constat de base incontournable dans cette discussion : l'espérance de vie à la naissance en France dépasse maintenant 78 ans, en progression de plus de 6 ans depuis 1970. Cette évolution commune à l'ensemble des pays développés s'inscrit dans une tendance séculaire. Elle est la résultante d'un ensemble d'améliorations des conditions de vie, réduisant les agressions contre la santé et renforçant les capacités de défense des individus. L'espérance de vie des personnes les plus âgées reflète plus particulièrement les progrès réalisés pour prendre en charge les personnes malades : une femme qui a survécu jusqu'à 65 ans vivra en moyenne, dans notre pays, plus de 20 ans supplémentaires (16 ans supplémentaires pour un homme), ce qui place la France au premier rang parmi les pays de l'Union européenne pour cet indicateur.

Au cours des décennies écoulées, l'essentiel des efforts du système de santé a porté sur le développement de la recherche et de la technologie médicale et chirurgicale. Des progrès spectaculaires ont été et continuent à être réalisés dans la compréhension des mécanismes physiopathologiques des maladies et maintenant de leurs déterminants génétiques, ainsi que dans l'amélioration des méthodes d'investigation diagnostique et des outils thérapeutiques. Le déploiement de centres hospitaliers et hospitalo-universitaires performants et d'un système de soins ambulatoires dense, soutenus par la solidarité collective, rendent ces techniques globalement accessibles à l'ensemble de la population.

Par contraste, la mortalité prématurée (par convention, avant 65 ans) est plus élevée en France que dans la plupart des pays comparables. Les principales causes directes de cette mortalité peuvent résulter d'un accès insuffisant ou trop tardif à des soins efficaces (par exemple le traitement précoce de certains cancers) ou être la conséquence de comportements nuisibles, à court terme (violence routière, suicide), ou de façon différée (consommation d'alcool, de tabac, activité physique insuffisante ...), ou encore d'expositions à des agents toxiques, notamment dans l'environnement urbain ou professionnel.

De plus, le constat persistant de différences importantes d'espérance de vie entre catégories sociales résulte en partie de différences dans l'utilisation des services de soins, malgré les mécanismes de solidarité qui réduisent dans notre pays l'influence des barrières financières, mais aussi de différences dans l'exposition aux différents facteurs de risque nuisibles à la santé.

A côté de l'approche curative, centrée sur la prise en charge d'un individu malade, en situation de « crise » aiguë ou de déséquilibre plus chronique, apparaît ainsi l'importance d'une approche préventive, qu'il s'agisse de prévenir l'apparition des maladies, leur aggravation, ou leurs conséquences sur la qualité de la vie. Sur la base du constat ci-dessus, il semble facile de conclure que notre système de santé privilégie à outrance l'approche curative.

La distinction curatif préventif est dépassée

Jusqu'à présent, les comptes de santé incorporaient dans la prévention les dépenses correspondant aux budgets des organismes qui se dédient spécifiquement à la prévention. On parvient ainsi, en 2002, à un

³⁹ Article publié dans *La lettre de la rue Saint-Guillaume*, n°133, novembre 2003.

montant de dépenses de prévention de l'ordre de 3,7 milliards d'euros, soit 2,3 % de la dépense courante de santé. Il s'agit, pour l'essentiel des budgets de la CNAMTS et de chapitres budgétaires de différents ministères ou collectivités territoriales consacrés presque exclusivement à la prévention comme le Fonds National de Prévention, d'Éducation et d'Information Sanitaire (FNPEIS) et le Fonds de Prévention des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles (FPATMP). Ou encore les dépenses de Protection Maternelle et Infantile, de planning familial, des programmes de dépistage systématique, de santé scolaire et de médecine du travail. On y trouve encore les actions de prévention financées par le Ministère de la Santé et la MILDT. Sur cette base, le déséquilibre semble majeur entre l'effort consacré à la prévention et celui destiné à financer l'accès aux soins curatifs individuels.

Cependant, le champ de la prévention ne se limite pas aux seules initiatives relevant du système de santé et de nombreuses actions sont financées par d'autres organismes et ne sont pas comptabilisées. C'est par exemple le cas des actions de prévention routière prises en charge par le ministère des transports ou de certains programmes de prévention contre les accidents domestiques ou les facteurs d'environnement. Mais au delà de ces inévitables questions de frontières, la vraie question est de savoir si la distinction curatif / préventif existe vraiment.

Remarquons d'abord que les activités de prévention peuvent, comme les soins, s'adresser aux individus pour renforcer les capacités de défense de chaque personne (vaccination), inciter à adopter un comportement favorable à sa santé, rechercher les manifestations précoces de maladies curables, ou contrôlables, ou fournir une aide personnalisée pour compenser les effets d'une incapacité fonctionnelle.

Remarquons surtout qu'un même acte médical peut avoir une visée curative et préventive. Ainsi, quand un médecin mesure la pression artérielle, prescrit le dosage de la glycémie tout en prodiguant des conseils nutritionnels de base, il couvre dans la même séquence des buts curatifs et préventifs, ce qui n'est pas comptabilisé comme tel. Si l'on intègre la prévention des principaux facteurs de risque (hypertension, hyperlipidémie, obésité, diabète, consommation excessive d'alcool et de tabac), on peut évaluer le montant total des dépenses de prévention, y compris celles incorporées aux soins, à 7 % de la dépense courante de santé (11 milliards d'euros en 2002, d'après le CREDES). Cela montre que la prévention n'est pas seulement affaire de programmes publics mais aussi de pratiques quotidiennes des professionnels de santé.

En fait, la frontière entre la prévention et le soin est en train de s'estomper, ce qui représente une véritable révolution. Quand on traite une hypertension artérielle, que fait-on au juste : soigne-t-on une maladie ou un facteur de risque ? On peut argumenter à l'infini puisque l'hypertension est un trouble sans symptôme et qu'on le soigne précisément pour éviter des complications qui, elles, seront symptomatiques comme les accidents vasculaires cérébraux. Donner une réponse précise à ce questionnement est en fait assez vain. Car le plus souvent, quand on soigne, c'est pour éviter une aggravation. Si bien que de proche en proche, la quasi-totalité du soin peut être rangé sous la bannière de la prévention. Ce n'est qu'une question de convention, de définition.

En vérité, ce n'est pas la distinction soins / prévention qui est pertinente, elle est vaine et artificielle. La bonne distinction met d'un côté, l'activité médicale tout venante, spontanée et répondant à une demande individuelle, et, de l'autre côté, l'activité sanitaire programmée pour une population ou un territoire définis. Et c'est là que réside le véritable déséquilibre. Répondre à la demande spontanée des patients qui consultent les médecins est bien sûr important. Mais cela ne garantit pas que notre effort est orienté là où les besoins sont premiers. Les médecins dépistent de nombreux facteurs de risque. Très bien, il faut les y encourager. Mais en termes de santé publique, la question pertinente est de savoir quelle est la proportion de personnes porteuses de ces facteurs de risque et qui ne sont pas correctement prises en charge. Et nous devons mettre en place des stratégies d'intervention pour les

identifier. Pour cela, il faut développer le programme de santé comme nouveau modèle de pratique dans le champ de la santé publique.

Pour résoudre les problèmes de mortalité et de morbidité prématurées, on ne peut pas compter sur l'adéquation spontanée entre la demande de soins et l'activité des professionnels et des établissements de santé. C'est pourquoi, nous devons développer résolument une approche programmée permettant d'atteindre des objectifs fixés à l'avance. C'est par cette méthode que nous arriverons à corriger le déséquilibre constaté ci-dessus, qui n'est pas un déficit de prévention mais un déficit de programmation.

Au total, il est légitime que le système de soins cherche d'abord à répondre aux besoins immédiats de soins des personnes malades. La politique de santé doit, elle, chercher à améliorer la façon dont les efforts sont organisés et coordonnés, pour répondre au mieux aux attentes de la population. Regard individuel ou regard populationnel : telle est la bonne catégorisation. Les médecins soignent et préviennent. Les professionnels de santé publique ne font pas que de la prévention lorsqu'ils instaurent de nouvelles règles d'organisation des soins. Donc, la distinction préventif / curatif n'a plus de sens en pratique.

Il reste à organiser les conditions permettant de renforcer notre capacité à produire des programmes de santé pour des populations définies. Telle est l'ambition de la loi relative à la politique de santé publique, actuellement en cours de discussion par le Parlement.

Annexe 3 : l'obésité en France : évolution de la prévalence, conséquences en termes de santé publique et estimation du coût

Le diagnostic de l'obésité, maladie chronique à l'origine de complications entraînant une surmortalité ou aggravant le pronostic de pathologies associées, se fonde sur l'indice de masse corporelle (IMC) ou body mass index (BMI) en anglais. Cet indicateur se définit comme le ratio du poids d'un individu divisé par le carré de sa taille en mètres. L'obésité⁴⁰ se caractérise par un IMC supérieur à 30kg/m². L'obésité regroupe toutefois sous un même vocable une diversité très grande des situations. C'est la raison pour laquelle l'Organisation Mondiale de la Santé distingue plusieurs types d'obésité en fonction de la valeur prise par l'IMC. Un IMC compris entre 30kg/m² et 34,9kg/m² renvoie à une obésité de type I (obésité dite modérée) pour laquelle le risque de surmortalité ou de comorbidités est modérément augmenté. L'obésité de type II (obésité sévère), constatée pour un IMC compris entre 35kg/m² et 39.9kg/m², entraîne une augmentation forte du risque de surmortalité. Au delà d'un IMC de 40, l'obésité de type III (qualifiée de morbide ou massive) provoque une augmentation majeure de surmortalité.

La prévalence de l'obésité est en progression dans tous les pays industrialisés, en particulier aux Etats-Unis, au Royaume-Uni et en Allemagne. Les statistiques les plus récentes montrent que la France n'échappe pas à cette tendance. Aussi convient-il de prendre la mesure de l'évolution de l'obésité en France avant de répertorier ses conséquences en termes de santé publique et de donner une estimation des coûts économiques induits.

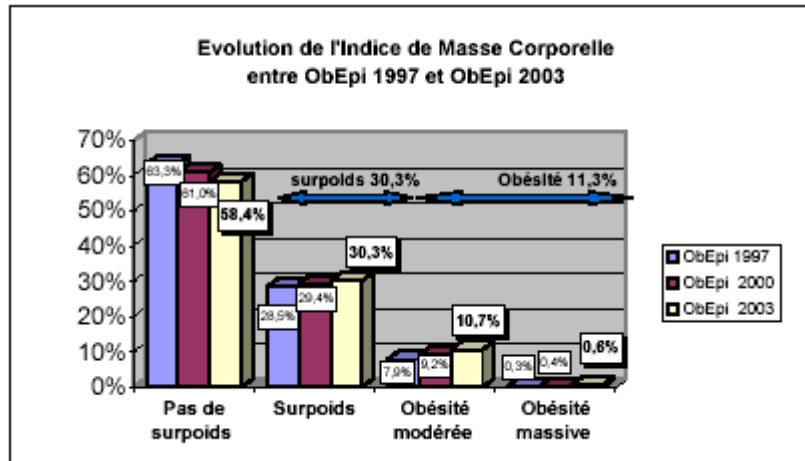
1. L'évolution de l'obésité en France

En 2003, la France dénombre 5,3 millions de personnes obèses. L'enquête épidémiologique ObEpi 2003⁴¹, réalisée sur la base d'un échantillon de 25 770 français âgés de 15 ans et plus représentatifs de la population française, est particulièrement intéressante dans la mesure où elle introduit des éléments de comparaison par rapport aux enquêtes ObEpi 2000 et ObEpi 1997 et rend ainsi possible l'étude de l'évolution de l'obésité au sein de la population française. L'étude de 2003 met en exergue une évolution inquiétante de la prévalence de l'obésité. Depuis trois ans, la prévalence est passée de 9,6% à 11,3%, soit une augmentation relative moyenne de 5,6% par an. L'obésité massive, dont les conséquences pour la santé sont les plus graves, a doublé entre 1997 et 2003, progressant de 0,3% à 0,6%.

⁴⁰ En dessous de 25, l'IMC est considéré comme normal. Le surpoids est caractérisé par un IMC supérieur à 25 mais inférieur strictement à 30.

⁴¹ Cf. Institut Roche de l'Obésité, Dr Marie Aline Charles (INSERM), Pr Arnaud Basdevant (chef du Service de nutrition de l'Hôtel Dieu de Paris), SOFRES, ObEpi 2003, 3ème enquête épidémiologique nationale sur l'obésité et le surpoids en France, 2003.

Figure 1 : Evolution de l'IMC entre ObEpi 1997 et ObEpi 2003.

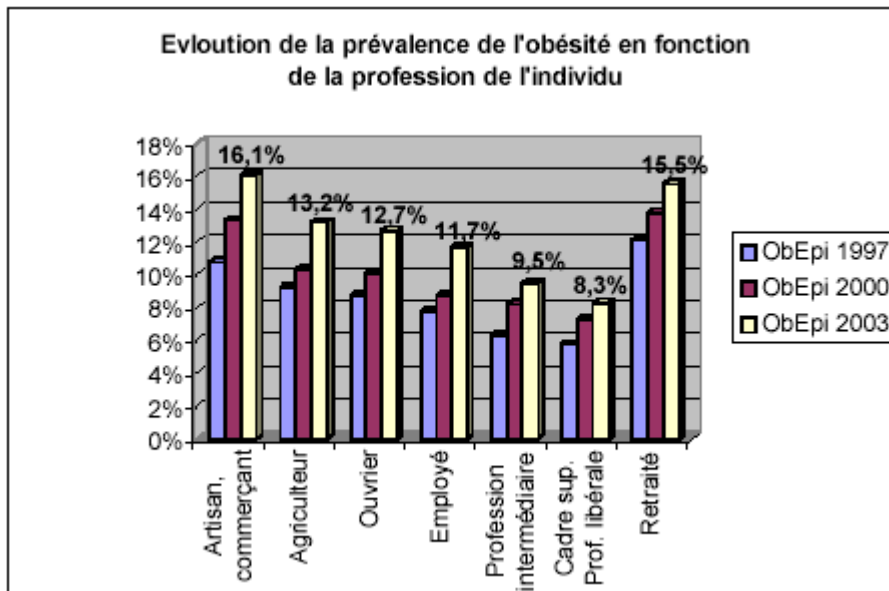


Source : Enquête ObEpi 2003. L'obésité et le surpoids en France

Le surpoids et l'obésité progressent ainsi dans toutes les tranches d'âge et en particulier après 65 ans. La prévalence de l'obésité des enfants de 5 à 12 ans est passée de 6% dans les années 80 à 10-12% une quinzaine d'années plus tard. S'agissant de la répartition selon le sexe, si l'obésité est plus fréquente chez les femmes entre 15 et 45 ans, la tendance s'inverse ensuite au delà de 45 ans. A partir de 65 ans, la prévalence de l'obésité est presque égale chez les hommes et les femmes.

L'étude de l'influence des facteurs socio-culturels montre que l'obésité touche toutes les catégories socio-professionnelles, avec une influence toutefois variable.

Figure 2 : Evolution de la prévalence de l'obésité en fonction de la profession de l'individu



Source : Enquête ObEpi 2003. L'obésité et le surpoids en France

Les professions les plus touchées demeurent les artisans-commerçants (16,1%), les agriculteurs (13,2%), les ouvriers (12,7%), les retraités (15,5%) contre 8,3% chez les cadres supérieurs

ou professions libérales. Une étude initiée par la DREES en 2004⁴² montre sur un échantillon de 6590 élèves scolarisés en classe de troisième en 2000-2001 que la fréquence de l'obésité est surtout liée au milieu social. La catégorie socioprofessionnelle des parents (en particulier celle du père) constitue le critère le plus discriminant. Ainsi, lorsque le père est cadre ou exerce une profession libérale, la prévalence globale du surpoids (obésité incluse) chez les adolescents de troisième est d'à peine 11% et celle de l'obésité inférieure à 1%. Lorsqu'il est ouvrier non qualifié, le surpoids (obésité incluse) est deux fois plus fréquent, mais l'obésité dix fois plus.

Il apparaît également qu'il existe une relation inverse entre le niveau d'instruction et la prévalence de l'obésité.

2. Les conséquences de l'obésité en termes de santé publique

Si l'obésité morbide ou sévère impacte fortement la qualité de vie du patient, elle constitue également et surtout un facteur majeur de risque de développement de co-morbidités et augmente significativement le risque de mortalité. Il apparaît ainsi que le risque de mortalité⁴³ d'une personne ayant un IMC supérieur ou égal à 30kg/m² est 50% plus élevé que celui d'une personne ayant un IMC normal et ce risque est plus que multiplié par deux lorsque l'IMC dépasse 35kg/m². En revanche, il ne semble pas exister de consensus sur la relation générale qui lie la mortalité à l'IMC. Ainsi, certaines études ont montré que la mortalité augmentait linéairement avec l'IMC ; d'autres ont montré une relation en U, où la mortalité augmente pour les IMC faibles et élevés^{44 45 46}.

Les complications associées à l'obésité sont nombreuses, surtout dans l'obésité abdominale qui prédispose aux complications métaboliques et à l'hypertension artérielle.

Schlienger et Simon (2003)⁴⁷ recensent les pathologies associées suivantes :

- 1) "Les pathologies cardiovasculaires. L'excès de poids avec adiposité abdominale est associé à un risque accru d'événements coronaires, d'insuffisance cardiaque et d'hypertension artérielle. L'obésité abdominale ou androïde est un facteur de risque indépendant des maladies cardiovasculaires.
- 2) Les complications respiratoires. En dehors de la dyspnée d'effort secondaire aux répercussions directes de l'excès de poids sur la compliance thoracique et pulmonaire et l'hypoventilation alvéolaire, c'est le syndrome d'apnée du sommeil qui est la complication la plus remarquable. Présent dans plus de 25% des cas d'obésité sévère, il a des répercussions sur la vie

⁴² De Peretti C. et Castetbon K. (2004) "Surpoids et obésité chez les adolescents en classe de troisième", Etudes et Résultats n°283, janvier 2004. DREES.

⁴³ Cf. Manson JE., Willett WC., Stampfer MJ., Colditz GA., Hunter DJ., Hankinson SE. et al. (1995) "Body weight and mortality among women", *New England Journal of Medicine*, 33(11), pp. 677-685.

⁴⁴ Cf. International Obesity Task Force (IOTF), WHO. "Obesity : preventing and managing the global epidemic", Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, 3-5 June 1997. (*WHO/NUT/NCD/98.1*).

⁴⁵ Cf. Calle EE, Thun MJ, Petrelli JM, Rodriguez C, Heath CW, Jr. Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults. *New England Journal of Medicine* 1999;341(15):1097-105.

⁴⁶ Cf. Menotti A, Descovich GC, Lanti M, Seccareccia F, Dormi A. Obesity and mortality. Italian epidemiologic data Recenti. *Prog Med* 1992 Mar;83(3):121-6.

⁴⁷ Cf. Schlienger JL. et Simon C. (2003) "Obésité de l'adulte", *La Revue du Praticien*, 53, pp. 525-534.

sociale, la sécurité et favorise l'installation d'une hypertension artérielle et d'une hypertension artérielle pulmonaire.

- 3) Les complications métaboliques. Elles comprennent plusieurs pathologies.
 - Le diabète de type 2 : l'insulinorésistance marquée dans l'obésité abdominale, même modérée, favorise l'apparition d'un diabète. La prévalence du diabète est multipliée par 3 chez les sujets obèses. Il existe une susceptibilité génétique commune au diabète et à l'obésité. Plus de 50% des diabétiques sont obèses.
 - Les dyslipidémies sont fréquentes en cas d'obésité abdominale.
 - Le syndrome plurimétabolique (ou syndrome X) est fréquent. Il expose à un haut risque cardiovasculaire.
- 4) Les complications ostéo-articulaires. Mécaniques, dominées par la gonarthrose et les lombalgies, elles sont responsables d'une altération de la qualité de la vie et du handicap. Elles sont particulièrement graves dans les obésités sévères.
- 5) Les complications hépato-digestives. La lithiase biliaire est plus fréquente chez la femme obèse. La stéatose hépatique est quasi constante dans l'obésité abdominale et peut exposer à des complications évolutives hépatiques. Le reflux gastro-oesophagien est fréquent.
- 6) Les perturbations endocriniennes. L'hyperoestrogénie et ses conséquences hyperplasiques sur le sein et l'endomètre est plus fréquente dans l'obésité. Indépendamment du syndrome des ovaires polykystiques, l'obésité peut être à l'origine d'une dysovulation et d'une hypofertilité.
- 7) Les autres complications somatiques. Le risque relatif de cancer est augmenté : cancer du sein et de l'endomètre chez la femme, cancer colique et de la prostate chez l'homme. Les risques anesthésiques et périopératoires sont majorés. Les troubles de la circulation de retour favorisent les incidents veino-lymphatiques et leurs répercussions dermatologiques. Le risque de thrombose profonde est accru. Les problèmes cutanés sont plus fréquents. Des complications rénales à type de glomérulosclérose segmentaire et focale ont été décrites".

Lorsqu'on examine ces facteurs de risque de l'obésité et du surpoids, on s'aperçoit que 42,5% des personnes en surpoids ou obèses présentent au moins l'un des facteurs de risque alors que seuls 18,6% des personnes de poids normal en présentent un. Ce sont surtout les hommes, en particulier entre 55 et 65 ans qui présentent ces facteurs de co-morbidité. S'agissant plus spécifiquement des risques cardio-vasculaires associés à l'obésité, l'étude ObEpi 2003 établit le constat suivant :

- La prévalence de l'hypertension artérielle traitée est de 14,8% en 2003 contre 13,5% en 2000. Le risque d'hypertension artérielle est multiplié par 3 chez les sujets en surpoids et par 4 chez les sujets obèses par rapport aux individus ayant un IMC inférieur à 25kg/m².
- Les dyslipidémies traitées concernent 13,6% de la population en 2003 contre 11,3% en 2000. La prévalence des dyslipidémies est multipliée par 2 en cas de surpoids et par presque 3 en cas d'obésité par rapport aux individus ayant un IMC inférieur à 25kg/m².
- Enfin, la probabilité d'associer trois facteurs de risque cardio-vasculaires chez les obèses est 13 fois plus importante que chez les sujets de corpulence normale et 5 fois en cas de surpoids.

La CNAMTS a récemment effectué un état des lieux approfondi de la prise en charge de 2 069 patients opérés⁴⁸ ou qui avaient une opération programmée durant une même période (décembre 2002-janvier 2003). Les résultats de cette enquête précisent que 36,9% des patients présentaient une ou plusieurs co-morbidités et ce chiffre atteint 45,9% chez les patients d'IMC supérieur ou égal à 50kg/m². Les troubles du métabolisme (diabète, hyperlipidémie...) sont les problèmes les plus fréquemment rencontrés (21,6% des patients atteints de co-morbidités) puis viennent les troubles de l'appareil cardio-vasculaire (hypertension artérielle, insuffisance coronaire...) dans 11,2% des cas. 10,6% de ces patients présentent à la fois des troubles du métabolisme et de l'appareil cardio-vasculaire.

3. Une estimation des coûts économiques de l'obésité

Alors que la prévalence de l'obésité ne cesse d'augmenter en France comme dans l'ensemble des pays développés, il devient pressant de s'interroger sur les conséquences économiques de cette épidémie.

3.1 L'estimation du coût de l'obésité en France

En France, il semble que la littérature relative à l'estimation des coûts de l'obésité s'appuie sur deux références⁴⁹.

L'enquête de Lévy et al. (1995)⁵⁰ a été réalisée sur les données des dépenses de santé pour l'année 1992. L'étude propose une estimation des coûts directs (soins infirmiers, soins hospitaliers, service médical, médicaments) et coûts indirects (perte de production résultant de la cessation ou la réduction de la productivité d'un individu liée à la morbidité ou à la mortalité) liés à l'obésité. Les coûts directs de l'obésité (pour un IMC supérieur à 27) sont évalués à 11,9 milliards de francs, ce qui correspond à **environ 2% des dépenses de santé** françaises. L'hypertension représente 33% de ce montant total et le cancer 2,5% des coûts directs de l'obésité. Les coûts indirects sont évalués à hauteur de 0,6 milliard de franc. L'ensemble des maladies liées à l'obésité et toutes les dépenses de santé ainsi que les coûts indirects n'ont pas été inclus par manque d'information. Les résultats obtenus par cette étude sont proches de ceux des précédents travaux sur le coût économique de l'obésité réalisés dans d'autres pays occidentaux (USA, Suède, Pays-Bas, Australie) qui concluent que le coût de l'obésité atteint de 2% à 5% du total des dépenses de santé dans les pays industriels.

La seconde étude, initiée par Detournay et al. (2000)⁵¹, est basée sur les données de l'Enquête sur la santé et les soins médicaux réalisée par l'INSEE et le CREDES en 1991-1992. L'étude porte sur un échantillon représentatif de 14 670 individus âgés de 18 ans et plus. Un sous-groupe de patients caractérisés par un IMC supérieur à 30 était comparé à un groupe contrôle d'individus de poids normal (IMC compris entre 18,5 et 25kg/m²) présentant les mêmes critères d'âges, de genre et de niveau d'éducation. Un carnet de dépenses de santé a été attribué à chaque participant. L'individu devait y

⁴⁸ Cf. Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Sociaux. "Chirurgie digestive de l'obésité : qui sont les patients et comment sont-ils pris en charge ?" Février 2004.

⁴⁹ Cf. Basdevant A. et Guy-Grand B. (2004) *Médecine de l'Obésité*, Flammarion, 2004.

⁵⁰ Cf. Levy E, Levy P, Le Pen C, Basdevant A. (1995) "The economic cost of obesity: the French situation". *Int J Obes Relat Metab Disord* ;19(11):788-92.

⁵¹ Cf. Detournay B, Fagnani F., Phillippo M., Pribil C., Charles MA., Sermet C., Basdevant A. et Eschwege E. (2000) "Obesity, morbidity and health care costs in France : an analysis of the 1991-1992 Medical Care Household Survey", *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 24(2), pp. 151-155.

consigner son poids et sa taille pour calculer l'IMC ainsi que les dépenses de santé encourues pendant une période de trois mois. Des informations relatives aux co-morbidités associées étaient également enregistrées. Le coût direct attribuable à l'obésité est estimé comme étant compris dans une fourchette de 4,2-8,7 milliards de francs (valeur 1992), c'est-à-dire entre 0,7 et 1,5% des dépenses totales de santé.

Il est utile de compléter les résultats présentés dans ces deux études par une présentation des résultats d'une étude centrée sur la prévalence et le coût du diabète en France métropolitaine.

3.2 Une estimation du coût différentiel du diabète en France

L'étude initiée par Ricordeau et al. (2002)⁵² estime la prévalence et le coût du diabète en France sur la base d'un échantillon comprenant 704 423 malades pour l'année 1998 et 1 145 603 malades pour l'année 2000. Les calculs ont été effectués sur les dépenses (pour l'assurance maladie) se rapportant à l'ensemble des diabétiques, toutes modalités thérapeutiques confondues (insuline seule, insuline associée aux antidiabétiques oraux et antidiabétiques oraux seuls). Les dépenses totales se composent des dépenses ambulatoires et hospitalières.

L'étude montre dans un premier temps que l'augmentation de la prévalence du diabète traité dans la population relevant du Régime général stricto sensu a été de 3,2% en moyenne annuelle. Pour être plus précis, en 1998, la prévalence était de 2,78% (2,96% en 2000) toutes modalités thérapeutiques confondues, dont 14,7% (14,7% en 2000) de diabétiques traités par insuline seule, 4,3% (5,3% en 2000) de diabétiques dont le traitement associe insuline et antidiabétiques oraux (ADO) et 81% (80,0% en 2000) de diabétiques non insulinotraités.

S'agissant de l'estimation du coût différentiel (ou surcoût) du diabète, l'étude initiée par Ricordeau et al. (2002) conclut que pour l'Assurance maladie, les dépenses consacrées aux malades diabétiques étaient, en tenant compte de l'âge des malades, en 2000 comme en 1998, en moyenne par malade, **1,7 fois supérieure à celles de la population générale**. Le coût différentiel engendré par le diabète était en moyenne, pour l'année 2000, de 1 655 euros par malade dont 30,6% de dépenses liées aux hospitalisations et 69,4% de remboursements de soins prescrits ou réalisés en médecine de ville. En 1998, le coût différentiel engendré par le diabète était, en moyenne, de 1 529 euros dont 32,8% de dépenses liées aux hospitalisations et 67,2% de remboursements de soins prescrits ou réalisés en médecine de ville.

En appliquant ces chiffres à l'effectif des diabétiques identifiés dans la population relevant du Régime général de l'Assurance maladie, le coût différentiel total engendré par le diabète pouvait être estimé, pour cette population, à 2,4 milliards d'euros pour l'année 2000, dont 1,7 milliard d'euros pour les seuls soins ambulatoires et 0,7 milliard d'euros pour les dépenses liées aux hospitalisations. Entre 1998 et 2000, le coût engendré par le diabète pour l'Assurance maladie s'est accru de 400 millions d'euros, soit une progression de 19,4%. La moitié de cette augmentation (10,3% sur 19,4%) s'expliquait par l'augmentation du nombre de diabétiques traités. Après neutralisation de cet effet, l'accroissement des dépenses lié aux modifications de prise en charge médicale des patients était de 183 millions d'euros. L'augmentation des dépenses en matériel médical en expliquait 39,3%, l'accroissement des dépenses de pharmacie 34,4%, les soins infirmiers 16,9%, les prescriptions de transport 6,6% et les prescriptions de biologie 2,7%.

⁵² Ricordeau P., Weill A., Vallier N., Bourrel R., Guilhot J., Fender P., Allemand H. (2000) "Prévalence et coût du diabète en France métropolitaine : quelles évolutions entre 1998 et 2000 ?", *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, volume 33(4), pp. 257-265.

3.3 Obésité et diabète, coûts différentiels actualisés

En 2004, le nombre de diabétiques traités est estimé à 2,3 millions⁵³ dont 0,2 million diabétiques de type 1 « insulino-dépendant » (DT1) et 2,1 millions diabétiques de type 2 « non insulino-dépendant » (DT2). Il est possible de fournir une estimation économique, certes sommaire, du coût différentiel induit par le diabète en France. En considérant que le coût différentiel d'un diabétique a évolué au même rythme entre 2000 et 2004 qu'entre 1998 et 2000, il est possible de considérer que le surcoût moyen annuel pour l'assurance maladie d'une personne diabétique est environ 2000 euros en 2004. L'estimation du coût différentiel pour l'ensemble de 2,3 millions de personnes diabétiques est alors de 4,6 milliards d'euros pour 2004 (dont 4,2 milliards d'euros pour le DT2 et 0,4 milliard d'euros pour le DT1).

En ce qui concerne l'impact de l'obésité sur le diabète, on retiendra dans ce calcul un coefficient d'impact estimé d'après le chiffrage de l'enquête ObEpi déjà citée (le pourcentage d'obèses qui sont diabétiques est de 9,1%).

Une augmentation de 10% de l'effectif des personnes obèses (passant ainsi de 5,3 à 5,8 millions de personnes) entraînerait une augmentation d'environ 50 000 diabétiques, soit un coût additionnel de 100 millions d'euros.

⁵³ Pour le diabète de type 2, sources : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n°20-21, 2002, p.86 actualisées.

Annexe 4 : Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie
Article 57

I. - Le livre VIII du code de la sécurité sociale est complété par un titre VII ainsi rédigé :

« TITRE VII

« CONTENU DES DISPOSITIFS D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE DE SANTÉ
BÉNÉFICIAIRE D'UNE AIDE

« Art. L. 871-1. - Le bénéfice des dispositions de l'article L. 863-1, des sixième et huitième alinéas de l'article L. 242-1, du 1° quater de l'article 83 du code général des impôts, du deuxième alinéa du I de l'article 154 bis et des 15° et 16° de l'article 995 du même code, dans le cas de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, est subordonné au respect, par les opérations d'assurance concernées, de règles fixées par décret en Conseil d'Etat après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

« Ces règles prévoient l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la majoration de participation des assurés et de leurs ayants droit visée à l'article L. 162-5-3 et des actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation visée à l'article L. 161-36-2.

« Elles prévoient également la prise en charge totale ou partielle des prestations liées à la prévention, aux consultations du médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 et aux prescriptions de celui-ci. »

II. - Les dispositions de l'article L. 871-1 du même code s'appliquent à compter du 1er janvier 2006.

III. - Le premier alinéa du 1° quater de l'article 83 du code général des impôts est complété par les mots : « , à condition, lorsque ces cotisations ou primes financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et qu'elles respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du même code ».

IV. - Le deuxième alinéa du I de l'article 154 bis du même code est complété par les mots : « , à condition, lorsque ces cotisations ou primes financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et qu'elles respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du même code ».

V. - L'article 995 du même code est ainsi modifié :

1° Au 15°, les mots : « et que » sont remplacés par le mot : « , que ». L'alinéa est complété par les mots : « , que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et qu'elles respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du même code » ;

2° Le 16° est complété par les mots : « , que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et qu'elles respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du même code ».

VI. - Le huitième alinéa (2°) de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , à condition, lorsque ces contributions financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 ».

VII. - Après l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, il est inséré un article 9-1 ainsi rédigé :

« Art. 9-1. - Par dérogation à l'article 6, lorsque la participation de l'assuré prévue au I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale pour une spécialité inscrite sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du même code est augmentée, l'organisme peut décider, lors du renouvellement du contrat, que la part supplémentaire laissée à la charge de l'assuré n'est pas remboursée. »

Annexe 5 : Panorama institutionnel des acteurs de la prévention⁵⁴

1. Multiplicité de déterminants, multiplicité d'acteurs

Eu égard à la multiplicité des déterminants individuels et collectifs de la santé (facteurs comportementaux, sociaux, culturels, environnementaux ...), la politique de prévention ne saurait être le domaine réservé ni d'une institution, ni d'une catégorie de professionnels.

1.1. Des compétences partagées

Au sein même de l'Etat, le ministère chargé de la santé a une compétence partagée avec les ministères chargés de l'agriculture et de la consommation pour la sécurité des produits alimentaires ; avec le ministère de l'éducation nationale, dont relèvent les services de santé scolaire, pour les actions de santé en direction des enfants ; avec le ministère chargé du travail et avec les entreprises (qui emploient les médecins du travail) pour la santé au travail ; avec le ministère chargé de l'environnement pour la prévention des risques environnementaux ; avec la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies pour la lutte contre les pratiques addictives...

Afin de renforcer les capacités de l'administration sanitaire et sociale de l'Etat et de l'assurance maladie, un certain nombre d'instances spécialisées ont par ailleurs été mises en place : le Haut comité de la santé publique, chargé de la définition des objectifs de prévention et remplacé, en vertu de la loi sur la politique de santé publique, par le Haut Conseil de santé publique ; la Conférence nationale de santé et les conférences régionales de santé, dans lesquelles siègent des représentants des organismes d'assurance maladie mais aussi des malades et des usagers du système de santé, des professionnels de santé et des institutions publiques et privées de santé⁵⁵ ; l'Institut national de veille sanitaire ; l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et ses antennes locales ; le Comité national de coordination sur la vaccination,...

Les collectivités locales, et particulièrement les départements, se sont également vu transférer des compétences en matière de prévention sanitaire : lutte contre la tuberculose, contre les maladies vénériennes et contre la lèpre, dépistage des affections cancéreuses, organisation des services de vaccination, organisation des services de protection maternelle et infantile.

L'investissement des communes dans les actions de prévention sanitaire est, pour sa part, assez variable : environ 200 services communaux d'hygiène et de santé, héritage des anciens « bureaux municipaux d'hygiène », seraient actuellement plus ou moins actifs ; une quarantaine de villes ont adhéré au réseau des « villes-santé » créé sous l'égide de l'OMS, se dotant de services de santé parfois importants, qui mènent pour l'essentiel des actions de prévention.

Les associations, enfin, contribuent de manière décisive et bien souvent irremplaçable à la mise en œuvre, sur le terrain, des programmes de prévention.

Toute politique de prévention est donc, par construction, polycentrique : sa mise en œuvre et son succès passent par une coordination étroite, à tous les échelons, entre les différents acteurs concernés, sur des bases partagées en termes d'objectifs, de contributions et d'évaluation.

⁵⁴ Cette note reprend pour une large part le tableau dressé par l'IGAS dans son rapport annuel 2003.

⁵⁵ La loi relative à la politique de santé publique crée un Comité national de la santé publique, qui tiendra lieu d'instance de coordination interministérielle (nouvelle rédaction de l'Art.L1413-1 du Code de la Santé Publique).

1.2. Des métiers très divers

Une approche pluridisciplinaire est requise à tous les stades de la politique de prévention : du point de vue du diagnostic, pour la compréhension des déterminants ; mais aussi au stade de la définition et la mise en œuvre des programmes eux-mêmes, qui exigent des compétences diversifiées.

L'IGAS a entrepris d'inventorier les métiers de la prévention et notamment, parmi les métiers qui y sont « dédiés » :

- dans les collectivités locales : plus de 50 000 postes dédiés à la prévention : 9 600 médecins, 8 000 infirmiers, 2 600 psychologues, 7 500 puéricultrices, 23 500 auxiliaires de puériculture, 800 sages-femmes ;
- à l'Education nationale : 1300 médecins à temps plein et 1 200 vacataires ; 6 000 infirmiers, soit un pour 2 000 élèves ;
- dans le secteur du travail et de l'emploi : 6500 médecins du travail en entreprise ; 8 000 professionnels, dont 5 000 infirmiers, assistant à des titres divers les médecins du travail ; 50 médecins-inspecteurs régionaux du travail ;
- dans le secteur de la santé : près de 600 médecins et 150 pharmaciens inspecteurs de santé publique, 450 ingénieurs du génie sanitaire et des études sanitaires et plus de 1 000 techniciens sanitaires ; quelque 3 000 professionnels en administration centrale, à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, à l'Institut national de veille sanitaire et dans les autres agences sanitaires ;
- dans les organismes de l'assurance-maladie : plus de 2 000 personnes (chercheurs, ingénieurs, chargés d'éducation et de prévention).

Il faut y ajouter les acteurs médicaux, paramédicaux, sociaux et éducatifs qui participent à cette mobilisation pour la prévention : professionnels de la santé mais aussi personnels de l'Education nationale et des associations intervenant plus ou moins directement dans ce champ. Soit plus de 2 millions de personnes.

2. Cette multiplicité des intervenants, si elle est nécessaire, n'est pas sans risque pour la cohérence des démarches de prévention.

La répartition des compétences résulte en partie d'un empilage de mesures, notamment pour le partage entre l'Etat et les départements :

- le dépistage des maladies vénériennes relève du département tandis que celui du sida relève de l'Etat ;
- pour la tuberculose, le dépistage et la prévention sont du ressort départemental tandis que les soins et la surveillance épidémiologique incombent à l'Etat ;
- pour le cancer du sein, les conditions de réalisation des programmes de dépistage sont du ressort de l'Etat, mais le dépistage lui-même et la surveillance relèvent du département, avec un co-financement de l'assurance-maladie ; pour le traitement, l'intéressée sera renvoyée au système de soins de droit commun ;

Dans ce contexte, il est indispensable de coordonner les actions menées par les uns et par les autres, afin de ne pas faire peser le coût de la multiplicité des tutelles et des financements sur les acteurs de terrain ni, surtout, sur les usagers, auxquels il importe de garantir une prise en charge et un suivi effectifs et efficaces.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique met en place des « groupements régionaux de santé publique » regroupant, sous la forme de groupements d'intérêt public, l'Etat, l'assurance maladie, les collectivités locales et l'Agence régionale d'hospitalisation. Chaque GRSP sera chargé de la mise en œuvre d'un plan régional de santé publique, mutualisera les financements et coordonnera les actions de prévention sur la base de priorités établies par son conseil d'administration. Une telle structure devra faire la preuve de sa capacité à rendre la démarche plus lisible et efficace.

En tout état de cause, le Haut Conseil n'entend nullement préconiser la constitution systématique de blocs de compétence. Le cas de la médecine du travail est à cet égard éloquent.

Financée et organisée par les employeurs, contrôlée par les salariés, la médecine du travail est aujourd'hui la seule spécialité médicale sans aucun lien avec le ministère de la santé. Les partenaires sociaux et le ministère du travail, éloignés des préoccupations de santé publique, ne contribuent pas à favoriser une évaluation de son utilité à cet égard.

Or, les enjeux ne résident plus tant dans le diagnostic sur l'aptitude du travailleur que dans la détection et la prévention des facteurs de risque actuels et à venir, alors que les nouvelles organisations du travail suscitent des risques nouveaux, dont le repérage et la reconnaissance sociale sont difficiles.

Il manque, sans doute, un système de veille scientifique, sanitaire et sociale (même si l'Institut national de veille sanitaire développe une unité dédiée à la santé au travail). Il reste, surtout, à faire de la santé au travail, tout au long de la vie professionnelle, un objet de politique de santé publique. Dans la plupart des autres pays développés, ce cloisonnement entre santé publique et santé au travail n'existe pas.

Les services de la protection maternelle et infantile, de la santé scolaire, des centres d'examen de santé ou de la médecine du travail, consacrent la majeure partie de leurs moyens à dresser des bilans de santé systématiques. Il serait souhaitable d'étudier ces dispositifs en termes d'amélioration de la connaissance et de prise en charge des besoins de santé des intéressés, afin d'orienter éventuellement les missions de ces services vers des actions plus ciblées, principalement destinées aux personnes ne bénéficiant pas d'un suivi social et médical suffisant⁵⁶. De même pourrait-on porter une attention particulière aux moyens d'inscrire ces actions dans des réseaux d'intervenants, afin d'assurer une prise en charge globale des personnes concernées⁵⁷.

⁵⁶ Signalons sur ce point les trois programmes prioritaires des Centres d'Examens de Santé, mis en œuvre par la CNAMTS depuis janvier 2003 : risques post-professionnels, précarité et inégalités de santé, prévention et effets du vieillissement. De même, une piste de réflexion pour les services de la protection maternelle et infantile pourrait être de s'attacher à dépister le plus précocement possible les difficultés de développement et de santé, à identifier les enfants qui ne sont pas suivis par un médecin et à s'assurer du suivi de leur prise en charge.

⁵⁷ Ainsi, en matière de santé scolaire se pose, entre autres, la question du partenariat avec d'autres structures telles que, par exemple, les « points d'accueil et d'écoute jeunes », où œuvrent médecins, travailleurs sociaux et éducateurs).