

La stratégie de prévention de santé en France

Rapport de la cour des comptes

Octobre 2011

Éliane Conseil
Santé Social

www.elianeconseil.com

Le contexte du rapport

Ce rapport a été publié en octobre 2011. Il s'agit d'une enquête sur le bilan et l'évaluation de la politique de prévention en santé menée en France. Cette enquête a été réalisée par la Cour des comptes à la demande de la Commission des affaires sociales et de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité Sociale (MECSS) de l'Assemblée Nationale.

La Cour des comptes a choisi de centrer son enquête sur les processus de gestion des actions de prévention proprement sanitaires, soit celles qui dépendent du Ministère de la santé pour la définition de leurs objectifs et qui reposent sur le système de soins pour leur mise en œuvre. Elle s'appuie sur des travaux récents réalisés par la Cour ou des corps d'inspection, ainsi que des entretiens avec les principaux acteurs du secteur.

Cette enquête pose un constat principal : la prévention occupe une place subsidiaire dans le système de santé français, car le concept est difficile à définir tant dans ses objectifs que dans sa mise en œuvre.

En synthèse

◆ Les dépenses en matière de prévention demeurent mal connues

Aucun acteur ne dispose d'une vision globale des moyens consacrés à la prévention. Selon le périmètre retenu, le montant des dépenses effectuées dans ce domaine varie entre moins d'un milliard d'euros et plus de dix.

L'analyse du financement par l'Etat, l'Assurance Maladie et les collectivités locales reste complexe

La complexité de l'analyse tient à deux facteurs principaux :

- la division des crédits entre des sous-actions et les conditions de délégation aux structures territoriales, qui ne prévoient pas de compte-rendu précis par sous-action ;
- les carences méthodologiques des indicateurs des projets annuels de performance : ils ne permettent pas de rendre compte de l'utilisation des crédits de l'Etat.

D'autre part, le Fonds National de Prévention, Education et Information Sanitaire de l'Assurance Maladie ne couvre qu'une partie des dépenses de prévention de cet organisme. Bien qu'étant considéré comme l'instrument budgétaire et comptable qui regroupe ses principales dépenses, il ne finance qu'une part limitée des dépenses de prévention de l'Assurance Maladie.

L'agrégat des comptes nationaux de la santé n'estime que partiellement la dépense

Cet agrégat ne rend pas compte de la réalité de l'effort économique de prévention dans la santé.

Les moyens affectés à la prévention sont sous-évalués

Les actions financièrement prises en charge par l'Assurance Maladie sont mêlées aux dépenses de soins et pas identifiées en tant que telles. De plus, l'information à propos des crédits délégués par l'Etat aux Agences Régionales de Santé (ARS) est insuffisante.

Il n'existe qu'une étude spécifique réalisée par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé à partir des comptes nationaux qui donne une vision plus complète de la situation. Elle chiffrait les dépenses de prévention à 10,5 milliards d'euros, soit 6,4% de la dépense courante de santé. Elle doit cependant être renouvelée régulièrement car elle s'appuie sur des données de 2002. En outre, il n'existe aucune certitude sur la fiabilité de ces données, faute d'une vision transversale et univoque du périmètre de ces dépenses et d'une méthodologie solide pour les chiffrer.

Pour remédier à ces problèmes, le rapport formule trois recommandations :

- **élaborer un document de politique transversale** sur la prévention sanitaire ;
- **faire évaluer à intervalle régulier** par la DREES le montant des dépenses totales de prévention selon **une méthodologie homogène et constante** ;
- **clarifier et compléter les règles d'imputation budgétaire** afin d'apporter à la représentation nationale une information précise sur les montants dépensés en matière de prévention.

◆ **La définition des orientations et priorités en matière de prévention reste perfectible**

Les cent objectifs de santé publique définis par la loi de 2004 ne sont pas hiérarchisés

Ils avaient pour but de structurer la politique de prévention, en distinguant trois types de plan de santé publique selon leur caractère plus ou moins stratégique :

- **les plans stratégiques pluriannuels**, comme le plan cancer, qui organisent des actions et des programmes cohérents ;
- **-les programmes de santé**, destinés à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ;
- **-les autres plans ou programmes nationaux**, intitulés aussi bien programme national que stratégie d'action.

Cette typologie sert actuellement à classer les plans pilotés par la Direction Générale de Santé. Toutefois, les cent objectifs ne sont considérés que comme un tableau de bord indicatif et un engagement de niveau à atteindre sur chaque problématique. Aucun moyen financier n'a été associé à leur réalisation, ce qui rend leur statut ambigu. De plus, contrairement à d'autres pays, ils sont très peu sélectifs.

La trentaine de plans pilotés par la Direction Générale de Santé est trop enchevêtrée

Malgré cette typologie, les plans de santé publique ne sont pas conçus rigoureusement : il n'existe aucune différence dans leur élaboration, suivi ou gradation. Certains sont mal articulés les uns par rapport aux autres et comportent de nombreuses actions redondantes. Sans priorisation, ni indicateurs de suivi, cela nuit à la lisibilité de l'action publique et à la transparence de l'affectation des moyens. Ces plans laissent l'impression d'une logique de réponse médiatique plus que stratégique et durable.

Il n'existe aucune garantie de la meilleure allocation des moyens

Le rapport cite le cas des dépistages, dont les effets négatifs ne sont pas pris en compte alors qu'ils peuvent entraîner des dépenses inutiles, par exemple dans le cas de cancers très peu évolutifs. De plus, on ne procède pas à une évaluation a priori de la nécessité de ces dépistages, en raison du manque de ressources et d'une culture insuffisante des professionnels de santé et de l'administration dans ce domaine.

Ensuite, il n'existe pas de certitude concernant le retour sur investissement de ces dépenses de prévention : en effet, peu de politiques permettent de réelles économies dans le domaine de la santé, les autres conduisant à dépenser davantage.

La définition de priorités pourrait être facilitée par l'exploitation d'analyses de type médico-économiques comme celles du National institute for clinical excellence au Royaume-Uni. Il utilise un indicateur synthétique unidimensionnel qui apprécie l'efficacité d'une stratégie préventive en prenant en compte la durée et la qualité de vie des personnes auxquelles elle s'applique, afin de comparer le coût et l'utilité des programmes de santé. Le rapport déplore que cette démarche soit seulement embryonnaire en France : elle n'est pour l'instant développée que par la Haute Autorité de Santé (HAS).

La mise en œuvre de la politique de prévention est loin d'être optimale

Elle rencontre deux limites principales :

- les conditions réelles de la mise en œuvre d'actions de prévention tendent à restreindre leur impact potentiel alors que leur efficacité a été démontrée en conditions expérimentales, très homogènes et respectant un protocole strict. Ces conditions sont impossibles à reproduire lors de la généralisation des campagnes de prévention : par exemple, l'efficacité d'une campagne dépend de la participation des personnes visées, qui n'est jamais garantie. .
- l'approche populationnelle de la DGS l'a conduit à délaissier la prévention spontanée dont la responsabilité incombe aux professionnels de santé et à leurs patients. Ainsi, elle n'assure pas de diffusion des bonnes pratiques en matière de prévention.

La Cour des comptes veut donc introduire une certaine culture médico-économique et de priorisation dans le champ de la santé publique en portant à la connaissance des décideurs les indicateurs DALY définis par l'OMS et une évaluation des coûts de prévention associés. Le rapport préconise trois axes de développement :

- **mettre en pratique les recommandations du guide méthodologique produit par la DGS ;**
- produire systématiquement **une estimation ex ante des coûts complets pour la collectivité** lors de l'élaboration des plans de santé publique ;
- **associer systématiquement une étude de nature médico-économique aux recommandations de bonne pratique en matière de prévention.**

◆ **Le pilotage de la politique et des acteurs de la prévention est nettement insuffisant**

La politique de prévention en santé souffre d'un manque de coordination et d'une organisation lourde

De nombreux acteurs contribuent au niveau national à la politique de santé, sans en donner une vision cohérente. Tout d'abord, cette politique souffre du cloisonnement ministériel : le pilotage de la DGS n'est imposé qu'au sein des administrations sanitaires. De plus, le Conseil National de la Santé Publique a une approche thématique et fractionnée : il ne joue qu'un rôle faiblement déterminant dans le processus d'arbitrage interministériel. Le besoin de coordination concerne aussi les agences sanitaires.

Les organismes d'Assurance Maladie participant aux actions de l'Etat et les assurances complémentaires développent aussi des actions qui leur sont propres. La coordination des structures de conseil et d'expertise est également insuffisante : leurs compétences sont morcelées, parfois redondantes et concurrentes.

Enfin, l'actuelle mutation de l'organisation institutionnelle régionale, avec la disparition des groupements régionaux de santé publique et la création des ARS, ne facilite pas le déploiement de cette politique.

Les conditions d'action des associations demeurent complexes et floues

Ce sont des structures complexes et dispersées, leur financement est donc variable et leur suivi difficile. Il apparaît nécessaire de clarifier leur rôle et les attentes de la DGS à leur endroit : doivent-elles être porte-parole des usagers ou seulement prestataire de services ?

La prise en compte des intérêts économiques interfère avec les politiques de prévention

La Cour définit ces intérêts économiques comme les opérateurs économiques de nombreux secteurs : l'agro-alimentaire, les producteurs ou vendeurs de tabac ou d'alcool qui vendent des produits déconseillés par les experts en santé, ou encore le secteur audiovisuel qui en assure la publicité. Ils peuvent parfois s'opposer à l'adoption de programmes et de mesures de prévention des risques pour la santé. Leur point de vue selon lequel la responsabilité de la prévention est individuelle plutôt que collective peut conduire à des actions de communication et d'information là où il faudrait des moyens d'action plus efficaces sur le plan scientifique.

Les déterminants de santé multifactoriels et la diversité des populations auxquelles s'adressent les actions de prévention justifient une vision interministérielle et transversale de cette politique. Le cloisonnement et la dispersion des responsabilités au niveau central entravent l'affirmation d'une politique forte et facilite des contre-stratégies. Pour pallier cette situation, la Cour des comptes recommande de **donner au DGS les compétences de délégué interministériel à la prévention sanitaire pour mettre en cohérence l'ensemble des plans concernant la prévention sanitaire, arbitrer les conflits d'intérêt et renforcer l'efficacité du pilotage de cette politique.**

◆ **L'évaluation de l'efficacité de la politique de prévention sanitaire est insuffisante et celle de son efficacité difficile**

Les évaluations ex ante doivent faire face à un risque de conclusions contradictoires selon les organismes consultés. De plus, seule la HAS a une approche pluridisciplinaire.

Le suivi des indicateurs de la loi de 2004 est assuré annuellement par la DREES, alors que l'évaluation de l'atteinte des objectifs est réalisée par le Haut conseil de la santé publique. Cependant, le document élaboré par ce dernier diffère très peu du suivi de la DREES et il est peu conclusif sur le bilan à tirer de l'évolution de ces objectifs sur les cinq dernières années.

En plus de ces insuffisances, le rapport constate un manque de volonté pour rendre performant le processus d'évaluation de l'efficacité de la politique de prévention. Quant à son efficacité, elle est difficile à vérifier en raison du peu de retour sur investissement de ces actions et du fait que leur coût est mal connu.

En conséquence, la Cour des comptes formule trois recommandations :

- **sélectionner quelques priorités de santé publique et les mettre en œuvre dans le cadre d'un nombre restreint de plans structurés disposant de moyens financiers propres ;**
- **élaborer dans les autres domaines des référentiels visant à améliorer la qualité des pratiques préventives**, indépendamment de l'attribution de moyens dédiés ;
- **préciser si les indicateurs de santé publique** en annexe de la loi ont valeur d'engagement ou seulement de tableau de bord de suivi.

Les enjeux et problématiques

◆ **La politique de prévention sanitaire ne relève pas seulement du Ministère de la Santé, ce qui accentue les difficultés de coordination des différentes démarches**

Si elle a choisi de se concentrer sur les actions proprement sanitaires de la politique de prévention, la Cour des comptes pointe cependant le fait qu'il existe d'autres dimensions. De nombreux déterminants peuvent constituer des risques pour la santé, qu'ils soient environnementaux ou liés aux conditions de vie ou de travail. Il existe notamment des problématiques spécifiques comme celles de la protection maternelle et infantile, de la santé au travail, de la prévention des maladies professionnelles ou de la question environnementale. De ce fait, les cent objectifs de santé publique évoqués dans le rapport ne relèvent pas tous du ministère de la santé.

L'existence de ces multiples facettes de la politique de prévention pose de manière plus aigüe la question de l'articulation des démarches de prévention. Le rapport ne désigne pas formellement de structure qui serait vouée à articuler et coordonner les différentes actions. S'il fonde un grand espoir sur les ARS, il reconnaît que leur mise en place demeure trop récente pour savoir si ces structures pourront promouvoir une dynamique locale en faveur de la prévention et coordonner les nombreux acteurs locaux qui y contribuent. Toutefois, la récente loi HPST a fait entrer la prévention dans leur champ de compétences, ce qui laisse espérer l'atténuation du cloisonnement des actions.

◆ **Le rapport élude la nécessité d'une réforme de structure**

Le système de soins français laisse peu de place aux soins primaires. Organisé sur une base pyramidale (le CHU en haut et le médecin généraliste en bas), basé sur la reconnaissance de la médecine de spécialité – la mieux à même de soigner les différents organes du corps malade- les soins de premiers recours et la prévention sont les parents pauvres du système. La notion de soins prodigués à un patient malade par un professionnel est inscrite en germe dans notre système et en constitue sa genèse. Les actes de prévention tels que l'éducation thérapeutique sont très rarement rémunérés par l'Assurance Maladie – à part dans un cadre dérogatoire-, à l'inverse de ce qui peut se faire au Royaume-Uni par exemple. La prévention n'est que très peu structurée par le haut, et se trouve dès lors promue en périphérie du système, notamment au niveau des collectivités locales, des PMI ou encore des maisons et pôles de santé. Le système de santé devrait davantage intégrer la prévention, même si les gains à court terme ne sont pas toujours facilement mesurables. Ainsi, au Canada, l'approche de la prévention en santé est beaucoup plus intégrée et globale : elle mélange les secteurs de la santé et du social, tout en mettant l'accent sur la formation de tous les personnels sanitaires aux problématiques de prévention. De plus, le pays dispose de plans avec des objectifs chiffrés, et d'indicateurs à la méthodologie solide afin d'évaluer ces plans sur le long terme. Le Canada dépense ainsi presque trois fois plus que la France, soit 159 dollars par habitants contre 57 en France pour la prévention. La nécessaire réforme structurelle du système de prévention en France doit donc parallèlement s'accompagner d'un important travail de renforcement des méthodes d'évaluation de cette stratégie afin de pouvoir mesurer ces effets à terme, préalable à l'accroissement des dépenses et à l'investissement des acteurs de santé dans un système largement dominé par le soin.

◆ **Des stratégies spécifiques peuvent être développées pour certaines populations, comme les personnes âgées**

Le rapport ne s'étant penché que sur les actions dépendant du Ministère de la Santé, il laisse en suspens la question de la prévention de certains risques spécifiques, comme ceux qui touchent les personnes âgées, liés notamment aux risques de chute. On estime ainsi qu'un tiers des plus de 65 ans et la moitié des plus de 85 ans sont concernés par ce risque qui représente la première cause de mortalité par accident avec environ 12 500 décès par an. De plus, le taux de rechute est particulièrement élevé, et dans 40% des cas une chute conduit à un placement en institution. Par conséquent, les chutes représentent en France un coût financier de près de 1,7 milliard d'euros par an, soit 1 % de la dépense courante de santé.

La prévention est un moyen de pallier efficacement ce problème. Ainsi, une étude menée aux États-Unis il y a une dizaine d'années a montré que le coût de la prise en charge diminue de 2 000 dollars par personne et par an chez les individus qui ont bénéficié d'un programme de prévention. Ce qui signifie qu'une réduction des risques liés à l'environnement quotidien des personnes âgées permet une réduction des coûts de santé. Cependant, si de tels programmes existent en France de manière éparpillée et non systématique, ils sont rarement soutenus et encouragés par les autorités publiques. Il faudrait donc mener des actions visant à leur développement, notamment en leur accordant un soutien financier plus important.