



Haut Conseil pour l'avenir  
de l'assurance maladie

# **Prévention et promotion de la santé**

## **AVIS DU HCAAM 2017-2018**





## Avant-propos

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a inscrit en 2017 la prévention et la promotion de la santé à l'ordre du jour de ses travaux.

Dans un premier **avis adopté le 28 juin 2017** « Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé », l'ensemble des membres du Haut Conseil a affirmé son attachement à la priorité à donner à la prévention et à la promotion de la santé. Pour traduire cette priorité en actes, l'avis souligne la nécessité d'en clarifier les enjeux stratégiques et de refonder le cadre de l'action publique. En effet, « *avant que d'être une question de moyens - au demeurant pas si modestes dans certains domaines - le problème de politique publique posé en matière de prévention est d'abord un problème de conception et de mise en œuvre de l'action publique* ». Celles des orientations formulées dans l'avis relatives à la gouvernance ont été pour l'essentiel reprises à l'automne 2017 par les pouvoirs publics lors de la définition de la Stratégie nationale de santé pour 2018-2022 qui a fait de la prévention et de la promotion de la santé une priorité.

Rendre effective cette priorité requiert également la capacité à généraliser des organisations qui fonctionnent encore le plus souvent dans des cadres juridiquement déroga-toires et financièrement précaires et sont loin de couvrir l'ensemble de la population. La question n'est pas en réalité de savoir ce qui marche, on le sait déjà, mais de trouver les voies d'un déploiement raisonné sortant la prévention et la promotion de la santé de leur statut d'exception. Ce devrait être chose possible, à l'heure où les professionnels de santé se sont vu reconnaître une responsabilité populationnelle et où l'assurance maladie a acquis un caractère universel.

Le Haut Conseil a choisi d'élaborer ses propositions à partir du cas particulier de la prévention de l'obésité, enjeu majeur de santé publique pour lequel la dimension des inégalités est particulièrement forte. Ce champ illustre particulièrement la pertinence d'un continuum entre prévention et soins et la nécessité d'articuler une diversité d'ac-teurs susceptibles de tenir à la fois l'objectif d'universalité et celui de proportionnalité de l'action, de s'adresser à l'ensemble de la population confrontée à un faible risque et de mettre en place ou conforter les organisations appropriées pour prendre en charge les catégories les plus vulnérables confrontées à un risque élevé. Un **rapport du 28 juin 2018** « Organisation et financement de la prévention de l'obésité dans le système de soins » établi par François Alla, Roland Cash et Sandrine Danet a été présenté au Haut Conseil pour éclairer sa réflexion. L'**avis adopté le 25 octobre 2018** « La pré-vention dans le système de soins - Organisation, territoires et financement » formule des propositions pour le déploiement de la prévention et de son financement dans le droit commun de la nouvelle organisation issue de la Stratégie de transformation du système de santé.





## Sommaire

<b>Avant-propos .....</b>	<b>3</b>
Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé	
<b>Avis adopté le 28 juin 2017 .....</b>	<b>7</b>
La prévention dans le système de soins : organisation, territoires et financement - <i>A partir de l'exemple de l'obésité</i>	
<b>Avis adopté le 25 octobre 2018.....</b>	<b>45</b>
Annexe	
<b>Rapport au HCAAM sur l'organisation et le financement de la prévention de l'obésité dans le système de soins.....</b>	<b>65</b>







# **Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé**

**Avis adopté le 28 juin 2017**







# Synthèse

L'organisation de l'action publique, c'est-à-dire la définition des compétences stratégiques et managériales, l'organisation institutionnelle et le financement, sont au cœur du problème français en ce qui concerne la prévention et la promotion de la santé.

Les pouvoirs publics ont su bâtir une doctrine et une organisation en matière de sécurité sanitaire, toujours à refaire certes, mais au fond assez robuste.

Cet effort n'a jamais été mené à son terme dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé, malgré des avancées réalisées dans les lois de santé publique successives.

Identifier les moyens de refonder l'action publique est donc crucial au moment où le gouvernement entend engager une nouvelle étape en matière de prévention et de promotion de la santé.

Avant que d'être une question de moyens (au demeurant pas si modestes, dans certains domaines<sup>1</sup>), le problème de politique publique posé en matière de prévention est d'abord un problème de conception et de mise en œuvre de l'action publique.

Quel est au fond l'essentiel ? Que les pouvoirs publics, au sens large, soient organisés pour définir les priorités et les moyens à mettre en œuvre de façon à améliorer la santé des populations.

Il faut mobiliser pour cela une diversité de compétences : pour définir des priorités et élaborer une stratégie, pour déployer une programmation, pour agir en fonction de données probantes, pour évaluer l'impact des actions en population et tenir en permanence la balance des intérêts particuliers au nom du bien commun.

Aux termes de la Constitution, les pouvoirs publics sont garants de la protection de la santé des populations. Cela engage et oblige le gouvernement dans sa globalité, ainsi que les autres collectivités, à tous les niveaux : la

*Stratégie nationale de santé* est l'expression naturelle de cette responsabilité et de cet engagement.

Cette *Stratégie nationale de santé* n'est pas l'apanage d'un ministère mais il appartient au ministre de la Santé de l'élaborer et de la proposer au Premier ministre, au terme d'une large concertation.

Elle est là pour fixer le cadre à un horizon décennal ; elle couvre l'ensemble des domaines, de la prévention à l'organisation des soins ; elle doit être relayée au niveau opérationnel par un *Plan national de santé* (qui peut être quinquennal et doit être révisable à des échéances plus courtes) ; celui-ci a vocation à être élaboré lui aussi par le ministère de la Santé, en concertation avec l'ensemble des partenaires ; il fixe en effet le cadre de l'ensemble des plans et programmes que mettent en œuvre les opérateurs, l'assurance maladie et les autres ministères, ainsi que les collectivités locales, voire des partenaires privés.

Contrairement à la pratique qui a longtemps prévalu, les plans et programmes ne sont pas faits pour donner de la visibilité à telle ou telle problématique ; ils sont là pour organiser le déploiement de moyens. Une stratégie, un plan national, des programmes, des actions, c'est la logique qu'il convient désormais de mettre en œuvre de façon ordonnée, avec des rôles précis assignés à chaque type d'acteur.




La Direction générale de la santé doit se concentrer sur la stratégie et le pilotage global. La programmation nationale appartient aux différents ministères et agences et à l'assurance maladie, cependant que l'implémentation des actions relève des acteurs de terrain, dans le cadre des schémas élaborés par les Agences régionales de santé, lesquelles assurent le lien avec les services déconcentrés des autres départements ministériels.

Les contrats et conventions conclus entre ces acteurs (contrats d'objectifs, CPOM, COG...) doivent s'insérer dans le cadre d'ensemble ; il en va de la cohérence de l'action publique.

Les moyens mis en œuvre doivent aussi être retracés pour l'ensemble des acteurs dans le

<sup>1</sup> Le constat fait par l'IGAS en 2003 nous semble toujours d'actualité : « les retards de la santé publique en France sont moins dus à un manque de moyens qu'à la difficulté à adapter ces moyens aux

besoins actuels, et les modes d'organisation et de management à l'évolution des enjeux. » IGAS, Rapport annuel 2003 – Santé, pour une politique de prévention durable.



*Plan national de santé*, qui aura ainsi les caractéristiques du Document de politique transversale, au sens de la Loi organique relative aux lois de finances (LOLF) mais élargi aux financements de l'assurance maladie et des autres partenaires (collectivités locales notamment), recommandé par la Cour des comptes sans son rapport de 2011 sur la prévention sanitaire<sup>2</sup>.

Sur la question des moyens disponibles, du financement et des effecteurs, les principes d'action sont les suivants :

- reconnaître l'importance de la participation de l'ensemble des professionnels de santé en matière de prévention ; cet effort d'organisation en termes d'infrastructures, de système d'information, de formation, de définition des bonnes pratiques et des référentiels, *etc.*, est nécessaire aussi bien au niveau des soins primaires qu'au niveau du deuxième recours ; c'est le corollaire de la responsabilité populationnelle et territoriale qui incombe aux professionnels de santé ;
- en matière de financement et de tarification de la prévention médicalisée, il convient de revoir la doctrine : privilégier un financement de droit commun plutôt qu'un financement sur des fonds ; privilégier une tarification fondée sur une stratégie de prise en charge plutôt qu'un financement à l'acte ; dans ces conditions et compte tenu de l'intérêt d'investir dans la prévention, la question du ticket modérateur, tel que pratiqué actuellement, est posée pour certaines prises en charge ;
- pour ce qui est de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé, la pérennité des ressources est un enjeu clé : le *Plan national de santé* est de ce point de vue un outil important en ce qu'il porte la logique pluriannuelle, en termes de moyens budgétaires et dans la mesure où il donne de la visibilité à l'action publique, permettant une mobilisation plus large et pérenne des acteurs (dont les acteurs associatifs de terrain, qui ont particulièrement besoin de cette visibilité sur les ressources).

L'évaluation de l'action des pouvoirs publics se conçoit également beaucoup mieux après cette remise en ordre : il faut renforcer les moyens de l'évaluation des politiques de santé publique autour de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – DREES (pour le volet ministériel) et de France stratégie (pour la dimension interministérielle) ; il faut que les programmes soient suivis et évalués de façon plus systématique ; il faut enfin un effort de constitution et de diffusion des informations sur les actions probantes et les bonnes pratiques pour éclairer la mobilisation des acteurs de terrain.

La recherche sur les services de santé doit encore progresser dans notre pays et intégrer plus spécifiquement la recherche sur la prévention ; un *Programme national de recherche en santé publique* pluriannuel permettrait de consolider l'effort de structuration et de financement engagé depuis quelques années.

L'indépendance de l'expertise et des évaluations doit enfin être garantie. A cette condition, l'expertise ne sera pas assimilée, comme c'est trop souvent le cas, à une opinion parmi d'autres. Il faut travailler les formes d'intervention publiques face à des stratégies de lobbying élaborées.

---

<sup>2</sup> [http://www.assembleenationale.fr/13/budget/mecss/Communication\\_CDC\\_prevention\\_sanitaire.pdf](http://www.assembleenationale.fr/13/budget/mecss/Communication_CDC_prevention_sanitaire.pdf)

Compte tenu du poids des représentations, la refondation des politiques de prévention et de promotion de la santé, pour ne pas parler de « *révolution de la prévention* », nécessite un effort de clarification : clarification des concepts, des périmètres de compétences, des organisations et des rôles.

Selon une approche classique, la prévention vise à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des situations de handicap. Dans ce cadre, la prévention est définie par rapport à l'évolution naturelle de la maladie (on parlera de prévention primaire, secondaire, etc.)

### Quelques définitions

En 1948, l'OMS propose une première définition de la prévention en tant qu'« *ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ». Elle distingue les actions visant à éviter l'apparition d'une maladie (prévention primaire), celles visant à ralentir la progression d'une maladie ou à en obtenir la guérison (prévention secondaire) et celles visant à ralentir la progression des séquelles (prévention tertiaire).

En 1982, une autre classification de la prévention fondée sur la population cible des actions a été proposée. Sont ainsi distinguées la prévention universelle, pour tous, la prévention sélective, qui s'adresse aux sujets ayant des caractéristiques populationnelles à risque particulier, et la prévention indiquée c'est-à-dire à partir d'un risque mesuré, repéré ou objectivé.

La promotion de la santé<sup>3</sup> plus large englobe des activités qui visent à améliorer la santé des personnes et des communautés.

La déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé (OMS 2016) met l'accent sur les liens entre développement durable et santé. Dans ce cadre, la mobilisation des élus sur les questions d'amélioration de la qualité de vie et de promotion de la santé est un enjeu fort pour réduire les inégalités sociales de santé sur les territoires. Les changements de comportements doivent s'envisager en interaction avec l'environnement de vie des personnes dans une perspective « écologique ». Il s'agit de promouvoir des milieux de vie favorables à la santé et de développer les savoir-faire et les compétences des citoyens.

Cette conception « classique » centrée sur la maladie donne une place importante à la prévention médicalisée<sup>4</sup>. Dans cette perspective, en s'inscrivant implicitement dans le cadre d'un colloque singulier médical, c'est surtout sur les comportements individuels que sont concentrées les actions de prévention (règles hygiéno-diététiques, etc.).

Dans une conception plus large, il s'agit de favoriser « *un état complet de bien-être physique, mental et social*<sup>5</sup> », au sens de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La promotion de la santé englobe des activités qui visent à améliorer la santé des personnes et des communautés. Elle inclut donc à la fois la prévention dans toutes ses dimensions, la protection de la santé (mesures pour changer l'environnement et la réglementation dans le sens d'une bonne santé) et l'éducation pour la santé<sup>6</sup>. Cette seconde approche amène aussi à mieux considérer la place de l'utilisateur dans le système de santé.

## Cadre juridique et compétences

### Les notions

Dans les textes, aux différents échelons, les notions varient. On parlera alternativement de « santé publique », de « santé globale », de « prévention », de « promotion de la santé », d'éducation à la santé, de prévention et de parcours...

Les lois de santé publique successives sont revenues sur les notions à plusieurs reprises, notamment pour définir les objectifs de la politique de prévention ou introduire la notion de promotion de la santé.

Les définitions en question oscillent entre le pragmatisme d'une approche à portée de réalisation (la prévention vue à travers les objectifs et dispositifs afférents) et la conception très englobante de la promotion de la santé ou de la « *santé dans toutes les politiques* ».

L'approche privilégiée de la prévention, qui a donné jusqu'à récemment un rôle second à la promotion de la santé dans les textes, recèle

<sup>3</sup> Tannahill A. Health promotion: the Tannahill model revisited, *Public Health* 123 (2009) : 396-399.

<sup>4</sup> Ou aux pratiques cliniques préventives, c'est-à-dire la prévention réalisée par les acteurs du système de soin.

<sup>5</sup> Et non simplement un état de santé vu comme l'absence de maladie ou d'infirmité.

<sup>6</sup> *Idem* note 3.

une vision française, attachée au modèle biomédical, complétée tardivement sur le versant social par la question des inégalités de santé, et revendiquant à la fois le rôle de l'Etat régalien et celui de l'Etat providence.

On touche ici deux questions cruciales pour notre propos :

- L'organisation et le financement des activités de prévention (*versus* les soins). Autrement dit, qu'est-ce que doit financer l'assurance maladie ?
- Les prérogatives du ministère de la Santé et de son relais en région, les Agences régionales de santé. Autrement dit, le ministère de la Santé est-il en charge de la protection de la santé des populations ou seulement de la conduite des politiques, des programmes et des organisations ayant cet objectif, à titre principal ou secondaire ?

Les clarifications à opérer sont essentielles ; elles sont au cœur de cet avis.

#### **La prévention et la promotion de la santé dans les textes de loi**

La loi du 15 février 1902 relative à la protection de la santé publique marque l'apogée de l'hygiénisme en France<sup>7</sup>. Elle introduit le concept d'hygiène publique comme susceptible de « *prévenir ou faire cesser les maladies transmissibles* ». L'action passe par un ancrage local au côté des municipalités.

« [...] La prévention n'a fait qu'une entrée tardive dans le droit sanitaire français. De manière indirecte d'abord, à l'occasion de textes introduisant une référence générale à la prévention<sup>8</sup> (article L-262-1 du code de la sécurité sociale confiant en 1988 une mission de prévention aux caisses d'assurance maladie, loi de 1998 de lutte contre les exclusions instaurant des programmes d'accès à la prévention). De manière directe récemment, avec la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins, qui introduit pour la première fois dans le droit positif une définition de la prévention<sup>9</sup>. »

Dans sa version de 2002 (abrogée depuis), l'article L.1417-1<sup>10,11</sup> du code de la santé publique précisait que 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.* »

Le concept de « promotion de la santé » est quant à lui retranscrit dans le droit français par la loi de 2002, de la façon suivante : « *A travers la promotion de la santé, cette politique [de prévention] donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé* ». Ce faisant, la loi de 2002, comme l'indiquait en 2003 l'IGAS, « *fait de la promotion de la santé non pas le fondement de la politique de santé auquel appelle la Charte d'Ottawa, mais un élément certes consubstantiel à la prévention, mais finalement second et de portée plus symbolique qu'opérationnelle* ».

En 2009, la loi *Hôpital, Patient, Santé, Territoires* consacre son titre III à la prévention et à la santé publique. Elle précise le rôle des acteurs, notamment les Agences régionales de santé, créées par la loi, dans ce domaine<sup>12</sup>. Elle intègre également

<sup>7</sup> Y figurent ainsi les notions de déclaration et vaccination obligatoires concernant certaines maladies, ainsi que l'organisation de la puissance publique en matière de contrôle sanitaire et de lutte contre les épidémies. L'article 25 de la loi crée le Conseil supérieur d'hygiène publique de France, à l'époque auprès du ministère de l'Intérieur. Il est placé ensuite auprès du ministère du Travail et de la Prévoyance sociale, puis du ministère de la Santé, lors de sa création en 1920. On note que cette loi est également à l'origine du code de la santé publique.

<sup>8</sup> Cf. Tabuteau D. *Les nouvelles ambitions de la politique de prévention*, Droit social, décembre 2001.

<sup>9</sup> IGAS, Rapport annuel 2003 – *Santé, pour une politique de prévention durable*.

<sup>10</sup> Le texte fixait également six grands axes de cette politique de prévention : (i) réduire les risques pour la santé qu'ils soient liés à des facteurs tels que l'environnement, le travail, les transports, l'alimentation ou la consommation de produits et de services, y compris de santé ; (ii) améliorer les conditions de vie et réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ; (iii) entreprendre

des actions de prophylaxie et d'identification des facteurs de risque, ainsi que des programmes de vaccination et de dépistage des maladies ; (iv) promouvoir le recours à des examens biomédicaux et des traitements à visée préventive ; (v) développer des actions d'information et d'éducation pour la santé et enfin (vi) développer des actions d'éducation thérapeutique. La loi du 4 mars 2002 avait également réaffirmé « *le droit fondamental à la protection de la santé (...) au bénéfice de toute personne* » (Article L1110-1 du code de la santé publique).

<sup>11</sup> Cet article a été modifié par les lois du 9 août 2004 et du 26 février 2010 (le terme de « politique de prévention » n'y est alors plus défini) pour finalement être abrogé par la *Loi de modernisation de notre système de santé*. La politique de prévention et de promotion de la santé « *s'intègre à la politique de santé de la Nation* » (L.1411-1 du code de la santé publique).

<sup>12</sup> Le lien entre la politique nationale et l'action territoriale est établi notamment par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé entre l'Etat (ministres de la santé et de la sécurité sociale) et le directeur général de l'ARS.

l'éducation thérapeutique dans le parcours de soins du patient.

En 2016, la *Loi de modernisation de notre système de santé*<sup>13</sup> vise « à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins »<sup>14,15</sup>.

## Les échelons, les compétences et le financement

Il y a autant de périmètres d'action en matière de santé publique que de types d'interlocuteurs et cela aux différents échelons. Les périmètres des acteurs étatiques, des acteurs de la Sécurité sociale, des collectivités locales ou des acteurs privés ne sont pas superposables et cette dispersion horizontale est démultipliée par la dimension multi-échelons de l'action publique en santé.

Au niveau de l'Etat, l'action en matière de santé publique est disséminée entre plusieurs ministères, sans qu'il soit évident de déterminer une prééminence.

L'action des collectivités locales est elle aussi fortement hiérarchisée et spécialisée : en fonction des compétences détenues<sup>16</sup> ou des compétences déléguées (aux organismes de regroupement intercommunaux ou a contrario aux communes, lorsque celles-ci agissent sur délégation des départements).

Le choix a, en effet, été fait en 1945 de confier à l'Etat et aux collectivités locales l'organisation et le financement de l'action en amont des soins, aux professionnels et établissements de santé les soins pris en charge par l'assurance maladie et, enfin, aux dispositifs d'assistance

sociale, notamment départementaux, l'action en aval des soins (handicap et dépendance).

Les interventions préventives relevaient ainsi de services collectivement organisés et financés. En dépit de leur financement solidaire, les soins s'effectuaient dans le cadre de prises en charge individuelles, centrées sur les interventions curatives.

Cependant, cette distinction historique entre soins (pris en charge par l'assurance maladie) et prévention (prise en charge dans un autre cadre) s'est trouvée mise en cause sous l'influence de plusieurs facteurs :

- le développement de la médecine libérale et hospitalière au bénéfice de l'ensemble de la population, prenant le pas sur la médecine sociale de dispensaire et d'usine ;
- le développement de l'imagerie, de la biologie médicale et des diverses explorations fonctionnelles ;
- l'apparition de médicaments intervenant de façon préventive sur différents facteurs de risque.

Il en est résulté une croissance extrêmement rapide des dépenses de prévention prises en charge par l'assurance maladie du seul fait que ces dépenses relevaient du financement d'activités de droit commun des professionnels de santé.

Par ailleurs, la nécessité d'une approche plus globale de la santé privilégiant davantage la prévention, la promotion de la santé et une approche communautaire s'est imposée et traduite dans les textes législatifs à partir du début des années 2000. Comme d'autres acteurs, l'assurance maladie s'est engagée dans l'accompagnement d'actions de prévention ou de promotion de la santé prévues par les programmes de santé publique définis par l'Etat,

<sup>13</sup> Le premier axe de la loi a pour objet de « renforcer la prévention et la promotion de la santé », les deux notions étant mises ici sur le même plan.

<sup>14</sup> Article L1411-1 du code de la santé publique

<sup>15</sup> Par ailleurs, la loi reconnaît la notion d'exposome, indicateur composite déjà introduit dans le troisième *Plan National Santé Environnement* qui prend en compte la totalité des expositions à des facteurs environnementaux de l'individu.

<sup>16</sup> Compétence générale de la commune qui permet une action assez large mais diversement investie ou compétences spécialisées des départements – dans le champ de la PMI par exemple ou dans le domaine médico-social – ou désormais des métropoles –

pour tout ce qui concerne l'urbanisme, le logement ou des problématiques telles que la pollution de l'air, intérieur ou extérieur, sans parler des régions, compétentes sur le versant formation des professions paramédicales et des travailleurs sociaux et, pour certaines d'entre elles, mobilisées de longue date sur les problèmes sanitaires. S'agissant des départements, rappelons pour mémoire que la loi de décentralisation du 22 juillet 1983 leur avait transféré un ensemble assez large de compétences sanitaires : lutte contre les fléaux sociaux, dépistage précoce des cancers, organisation des services de vaccination, protection maternelle et infantile, gestion des dispensaires antituberculeux et anti-vénériens. Les textes ultérieurs sont revenus sur une large part de ces transferts.



ainsi que dans le développement d'actions particulières au bénéfice de ses assurés ou en contribuant au financement de structures ou intervenants du champ (associations, centres...) <sup>17</sup>.

### Compte élargi de la prévention

Ventilation des dépenses par type d'action (sur la base d'une dépense estimée à 15,2 Mds € en 2015, source DREES) <sup>18</sup>

Type d'action	Part dans les dépenses
Prévention collective	15%
Agir sur les comportements	3%
Agir sur l'environnement	12%
Prévention individuelle	85%
Soins de ville	30%
Médicaments et autres	30%
Médecine collective (travail, scolaire, PMI-Planning)	20%
Dépistages et bilans organisés	5%
Total	100%

Même s'il est acquis que le centre de gravité de la politique de promotion de la santé et de prévention ne doit pas être la prévention médicalisée prise en charge par l'assurance maladie, il est certain qu'aujourd'hui en France celle-ci occupe une place majeure, mobilisant des ressources dont la dynamique suit potentiellement celle de l'ensemble des dépenses de santé.

L'encadré ci-dessous décrit le périmètre de prise en charge par l'assurance maladie.

A ce propos, le constat fait par l'IGAS en 2003 reste pour l'essentiel d'actualité : « si la loi du 4 mars 2002 prévoit que « les professionnels, les établissements, les réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins... contribuent à développer la prévention... », elle n'a pas pour autant érigé en principe général le financement de la prévention dans le cadre de ce que l'on appelle, au sein de l'assurance maladie, la gestion du risque. En quelque sorte, le soin et l'acte curatif demeurent soumis au financement de droit commun, et les actions de prévention à un financement sinon d'exception, du moins subsidiaire. »

#### Le périmètre de prise en charge par l'assurance maladie

Il est défini par l'article L.160-8 du code de la sécurité sociale qui dispose dans ses alinéas 1 à 3 que sont pris en charge les frais :

- de médecine générale et spécialisée, de soins dentaires et d'hospitalisation ;
- pharmaceutiques et d'examen de biologie médicale ;
- de contraception et d'interruption volontaire de grossesse.

A ce périmètre il faut ajouter, aux termes des 5° et 6° du L.160-8, la couverture des frais relatifs :

- aux actes et traitements à visée préventive réalisés dans le cadre des programmes de santé mentionnés aux articles L.1411-2 (participation des organismes d'assurance maladie à la mise en œuvre des plans et des programmes qui résultent de la politique de santé et sont déclinés par les

<sup>17</sup> Le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires, créé en 1988, est destiné selon l'article R.251-7-1 du code de la sécurité sociale à supporter :

- les dépenses effectuées au titre de la prévention, de l'éducation et de l'information sanitaires ;
- et notamment, les examens de santé prévus à l'article L.321-3 du Code de la sécurité sociale (examens de santé gratuits qui doivent obligatoirement être proposés par les caisses d'assurance maladie à leurs assurés et aux membres de leur famille à certaines périodes de leur vie dans des conditions fixées par décret).

On distingue dans le budget du FNPEIS trois types de dépenses :

- le financement de la mise en œuvre opérationnelle par l'assurance maladie des Plans de santé publique co-pilotés avec

l'Etat (campagnes de vaccination, dépistages organisés des cancers, prévention bucco-dentaire pour les six ans et douze ans, dépistage néonatal des maladies génétiques etc.) ;

- les dépenses à la charge de l'assurance maladie dont le niveau est fixé par l'Etat (contribution aux actions de prévention des ARS via le Fonds d'intervention régional (FIR) ;
- les dépenses relatives aux programmes directement conçus ou initiés par l'assurance maladie (programme Sophia d'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques, centres d'examen de santé, prévention bucco-dentaire pour les neuf, quinze et dix-huit ans, actions locales des caisses en complément de celles des ARS, actions relatives au bon usage du médicament...).

<sup>18</sup> Voir la répartition par financeur en fin de document.

ARS) et L.1411-6 du code de la santé publique (programmes de santé destinés à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou incapacités, ainsi que les consultations médicales périodiques et les dépistages qu'ils prévoient, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé) ;

- aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté des ministres de la Santé et de la Sécurité sociale ;

- à l'examen de santé bucco-dentaire mentionné à l'article L.2132-2-1 du code de la santé publique (aux 6 ans et aux 12 ans de l'enfant) ».

## « La santé dans toutes les politiques » : qu'est-ce à dire ?

La *Charte d'Ottawa* précise un certain nombre de conditions et de ressources préalables à l'amélioration de la santé : un logement, l'accès à l'éducation, une alimentation convenable, un revenu suffisant, un écosystème stable, un apport durable de ressources ou encore le droit à la justice sociale et à un traitement équitable. La stratégie de « *la santé dans toutes les politiques* »<sup>19</sup> a dès lors un champ d'intervention très large. Il met en jeu les politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion, la fiscalité et les politiques de taxation et de redistribution, les politiques de l'emploi, les politiques de logement (lutte contre le saturnisme, qualité de l'air intérieur, bruit), l'aménagement du territoire et les transports (sécurité routière), l'environnement au travail (exposition à des substances toxiques, troubles musculo-squelettiques, risques psychosociaux...), les politiques en matière éducative ou encore l'alimentation.

Aujourd'hui, en France du moins, cette notion de « *santé dans toutes les politiques* » est bien plus un concept qui justifie l'intervention de considérations de santé dans d'autres politiques (à titre de plaidoyer ou en mobilisant

<sup>19</sup> *Déclaration d'Adélaïde* sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques. OMS, Gouvernement d'Australie-Méridionale, Adélaïde, 2010. Cette stratégie est présentée comme « *une approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé* ». Dans ce but, il est impératif de rechercher l'innovation au plan des politiques, des mécanismes et des outils, ainsi que de meilleurs cadres réglementaires.

<sup>20</sup> Au Québec, l'article 54 de la loi de santé publique (en vigueur depuis 2002) oblige l'ensemble des ministères et organismes à

de façon adaptée des outils, tels que les études d'impact en santé, qu'il importe de développer) qu'une réalité institutionnelle et stratégique vraiment assumée, aussi bien au plan national qu'au niveau régional.

### Etude d'impact sur la santé<sup>20</sup>

Située en amont du processus de décision, l'étude d'impact en santé (EIS) est un outil majeur de la mise en œuvre de « *la santé dans toutes les politiques* » dans le but de réduire les inégalités sociales de santé<sup>21</sup>. C'est une démarche structurée en six étapes (sélection, cadrage, analyse, recommandations, suivi et évaluation), permettant de mettre en évidence et d'apprécier les effets potentiels d'une politique, d'un programme ou d'un projet sur la santé.

Les études d'impacts sur la santé peuvent être réalisées aussi bien pour les politiques publiques menées au niveau national (politiques environnementales, etc.) que pour les politiques locales (politiques d'urbanisation, etc.).

Il est important de noter que les EIS ne sont pas nécessairement de grosses opérations coûteuses, ce qui entraverait leur développement. Des formes souples sont à imaginer. On a aussi besoin de développements méthodologiques incluant l'impact quantitatif et la participation des citoyens (l'expertise d'usage).

## Les enjeux stratégiques

### Histoire récente

Les problématiques de prévention sont apparues souvent « dominées ». Collective dans son acception historique, la prévention s'est exprimée avec difficulté aux côtés d'une médecine curative d'emblée centrée sur l'individu. La prégnance du modèle biomédical, porté par les acteurs sanitaires institutionnels, explique encore aujourd'hui le manque d'articulation avec la représentation des usagers,

évaluer l'impact potentiel de leurs lois et règlements sur la santé de la population. La responsabilité d'effectuer une première analyse d'impact revient à chacun des ministères qui doivent informer le ministère de la Santé et des Services sociaux en cas d'impact significatif sur la santé.

<sup>21</sup> Comme le relève Thierry Lang, s'il faut souligner l'intérêt des études d'impact sur la santé dans le développement de la prévention vis-à-vis des facteurs non biomédicaux, il faut aussi noter que les inégalités sociales de santé (ISS) ont pu être omises dans ces EIS, qui ont souvent privilégié la santé « moyenne ». La prise en compte des ISS a d'ailleurs suscité le développement d'EIS « *equity focused* ».

qui, de leur côté, revendiquent un modèle de prévention plus communautaire<sup>22</sup>.

Pour évoquer la période récente, il n'est sans doute pas inutile de souligner le caractère ambivalent des évolutions intervenues dans les années 1980-90.

### L'exemple des addictions

Les concepts de santé communautaire et d'auto-support ont émergé progressivement dans les années 1980 en France, dans le contexte de l'épidémie de VIH-SIDA. Dans le domaine des addictions, la polarisation du débat entre réduction des risques et pénalisation des comportements a longtemps opposé les acteurs institutionnels et associatifs.

En ce qui concerne les usagers de drogue, l'intérêt de mieux reconnaître et valoriser les actions d'auto-support entre consommateurs est avéré et doit être mis en avant dans la réduction des comorbidités infectieuses.

Dans le domaine des addictions, et plus spécifiquement pour l'alcool, on est passé progressivement d'une culture de la prévention reposant sur le sevrage comme réponse unique à la dépendance, à une culture de la réduction de consommation, ou consommation contrôlée, comme alternative possible au sevrage, et permettant une réponse moins paternaliste et plus adaptée à ces problématiques. Ces changements impliquent donc de développer de façon prioritaire la prévention et l'éducation pour la santé. L'intégration d'outils modernes de communication et du marketing social doit accompagner ces changements et associer les acteurs sanitaires comme extra-sanitaires.

D'un côté, l'épidémie de sida et l'impasse thérapeutique connue jusqu'à l'apparition des trithérapies en 1996 ont contribué à faire une place beaucoup plus éminente aux considérations de prévention et d'*empowerment* des patients. C'est dans ce contexte que s'est développée une culture de réduction des risques

et des dommages, visant à réduire la transmission infectieuse du VIH ou de l'Hépatite C. L'*empowerment* (cf. infra) est alors porté par le milieu associatif et communautaire, qui promeut par exemple la distribution et l'utilisation de seringues stériles pour les usagers de drogue.

D'un autre côté, les crises sanitaires à répétition ont focalisé les efforts de définition en matière de doctrine d'action et de management public sur les questions de sécurité sanitaire, associées à la séparation entre évaluation et gestion des risques.

L'« agencification » sanitaire a été toute entière tournée vers ces dernières problématiques, qui ont dominé le débat public, plutôt que vers la définition de stratégies en matière de santé ou de programmation<sup>23</sup>.

Aujourd'hui, à nouveau, les problématiques de santé publique peinent à émerger alors que se renforcent les débats autour de la transition démographique, du vieillissement de la population ou de la thématique des inégalités sociales et territoriales de santé. Qu'entend-on d'ailleurs derrière cette notion ? Bien plus souvent des préoccupations relatives à l'offre médicale ou à l'infrastructure sanitaire actuelle ou à venir que le constat pourtant très ancien de disparités très grandes en termes de déterminants de santé<sup>24</sup> ou de morbi-mortalité.

### Quels sont aujourd'hui les enjeux ?

Si l'on s'en tient aux principaux indicateurs de santé, la situation française est mitigée. Certes, l'augmentation continue de l'espérance de vie à la naissance et de l'espérance de vie après 65 ans place notre pays dans une position favorable mais d'autres indicateurs, liés à la prévention et à la promotion de la

<sup>22</sup> Henri Bergeron et Patrick Castel. *Sociologie politique de la santé*, PUF 2014, 479p. L'essor de l'épidémiologie au milieu du XXème siècle a favorisé la transition de la notion de danger vers la notion de risque et outillé le discours permettant l'énonciation de « problèmes de santé publique ».

<sup>23</sup> Les lois de santé publique successives ont certes permis quelques avancées mais sans créer un cadre pleinement satisfaisant.

<sup>24</sup> Les déterminants de la santé sont nombreux et peuvent être appréhendés par le modèle de *Dahlgren et Whitehead* qui les présente selon trois cercles distincts, en interaction.





santé, sont plutôt médiocres. Dans un classement publié en 2016 par le *Lancet*, prenant en compte 33 indicateurs liés à la santé, la France arrive en 24ème position<sup>25</sup>. Les facteurs péjoratifs dans ce classement sont principalement évitables par la prévention : consommations de tabac et d'alcool, surcharge pondérale et obésité, suicides, infection par le VIH, etc.

#### **Obésité : l'importance des inégalités**

La surcharge pondérale (IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>) est un déterminant majeur de l'état de santé, à l'origine ou associé à de nombreuses pathologies : diabète, maladies cardio-neuro-vasculaires (principalement cardiopathies ischémiques et accidents vasculaires cérébraux), troubles musculo-squelettiques, cancers... Cette épidémie mondiale n'épargne pas la France même si celle-ci apparaît moins touchée que de nombreux pays voisins ou les Etats-Unis. Dans notre pays, la part des adultes en surcharge pondérale (regroupant obésité et surpoids) a fortement crû jusque dans les années 2000. On observe depuis 10 ans une stabilisation de la prévalence de surpoids (IMC compris entre 25 et 30 kg/m<sup>2</sup>) et de l'obésité (IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) chez les hommes comme chez les femmes<sup>26</sup>.

Cette stabilisation se retrouve aussi chez les enfants (1 enfant sur six après 6 ans est en surpoids ou obèse) mais ce chiffre masque des disparités sociales et territoriales importantes. Les inégalités de santé se construisent dès le plus jeune âge et l'obésité est une pathologie traceuse de ces inégalités. Elle est associée à des comportements socialement différenciés en matière d'alimentation, de sédentarité etc. sur lesquels il est possible d'agir précocement de façon individuelle (en développant par exemple des programmes d'éducation pour la santé adaptés) ou collective (taxation des boissons sucrées, étiquetage nutritionnel, ...). Pour agir encore plus en amont, sur les déterminants fondamentaux des inégalités sociales de santé, il convient de mobiliser les différentes politiques sectorielles (conditions de vie, éducation, lutte contre la pauvreté, soutien à la parentalité...)<sup>27</sup>.

Le fardeau des maladies non transmissibles (maladies cardio-neurovasculaires, cancers...) est de loin le plus élevé en termes de morbi-mortalité et pèse sur la perte d'années de vie sans incapacité et les décès prématurés.

En outre, notre système de santé ne réussit pas à combattre efficacement les inégalités sociales de santé. Les inégalités de mortalité entre cadre et ouvrier sont stables autour de six ans pour les hommes et trois ans pour les femmes... depuis les années 1980. La prévention ne profite pas de la même façon aux différents groupes sociaux, comme en témoignent en particulier l'évolution de la surcharge pondérale et de l'obésité chez les enfants ou la participation au dépistage des cancers.

La combinaison d'une action sur l'ensemble de la population (prévention universelle) et d'une action différenciée selon différents groupes (permettant d'agir sur chaque catégorie de la population suivant ses besoins), vise précisément à la réduction du gradient social de santé<sup>28</sup>.

Si l'on veut être plus efficace pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, il convient d'agir sur les déterminants adéquats et idéalement sur les causes des causes correspondant aux conditions socio-économiques, culturelles et environnementales influençant la société dans son ensemble.

Puisqu'il s'agit d'articuler l'intervention du système de santé et des leviers extérieurs à celui-ci, plusieurs niveaux d'action sont possibles :

- l'action coordonnée, au niveau interministériel, sur l'ensemble des déterminants de la santé (déterminants sociaux, environnementaux, éducatifs, déterminants en matière de santé au travail, etc.) ;

<sup>25</sup> GBD 2015 SDG Collaborators. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388: 1813–50.

<sup>26</sup> En 2015, d'après les données de l'enquête Esteban (2015), l'obésité concerne près d'un adulte sur six (la prévalence est la même chez les hommes et chez les femmes) et le surpoids touche près d'un tiers des hommes et environ une femme sur quatre. Verdot C., Torres M., Salanave B., Deschamps V. Corpulence des

enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006. *Bull. Epidémiol. Hebd.* 2017;(13):234-41

<sup>27</sup> Rapport sur l'état de santé de la population – édition 2017 – DREES & Santé publique France

<sup>28</sup> C'est le but des stratégies dites d'*universalisme proportionné*, concept défini par Sir Michael Marmot dans son rapport établi à la demande du ministère de la Santé britannique sur les inégalités sociales de santé (2010). Cf. M. Marmot. Fair Society, Healthy Lives : A Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010.

- l'action locale, elle aussi intersectorielle : s'appuyer sur les dispositifs existants et affirmer le cadre d'intervention communautaire car c'est à ce niveau que peuvent se concrétiser les actions de promotion de la santé visant à réduire les inégalités sociales de santé ou à développer des programmes ciblés, axés sur les populations les plus vulnérables, notamment chez les enfants, les personnes âgées, ou encore, les personnes en situation de handicap.

#### **Innovations techniques susceptibles d'avoir un impact sensible en matière de prévention**

##### **Favoriser l'autonomie, la vie à domicile**

- Biocapteurs, et télé-suivi de constantes physiques et biologiques
- Télémédecine (téléconsultation, télésurveillance, télé-expertise, téléassistance)
- Aides techniques pour les activités de la vie quotidienne, notamment pour la motricité
- Piluliers intelligents
- Dispositifs de rappel de tâches
- Dispositifs de stimulation de la personne
- Assistance robotique
- Domotique (détecteur de fumée, détecteur de chutes, balisage lumineux des parcours nocturnes les plus utilisés...)

##### **Faciliter le suivi de maladies chroniques**

- Imagerie moléculaire
- Suivi post-thérapeutique (ex : télé-cardiologie)
- DMI intelligents
- Biomarqueurs
- Biocapteurs, Systèmes bio-embarqués communicants
- Autres types de capteurs, notamment pour la télé-surveillance

##### **Améliorer la connaissance sur les parcours, l'épidémiologie, l'efficacité des soins et la veille sanitaire**

- Constitution de bases de données dans le respect des règles de confidentialité et de sécurité nécessaire ; perspectives du *big data*
- Développement des outils d'analyse des données de santé

Parmi les enjeux prégnants en matière de prévention, il faut bien entendu aussi évoquer la question des innovations, au sens où le HCAAM avait traité de cette notion dans son rapport de 2016<sup>29</sup>. Cf. rappel de quelques innovations en cours ou attendues dans le champ de la prévention (encadré).

### **Comment appréhende-t-on les enjeux-clés ?**

Les éléments de priorisation varient selon les secteurs et le niveau de l'action publique, selon qu'il s'agit de prioriser (ou d'autoriser) des investissements, de hiérarchiser la mise en œuvre de plans ou de programmes ou d'ordonner les actions à mener à l'intérieur d'un programme, etc.

Il est essentiel de construire un savoir épidémiologique à partir d'outils éprouvés, tels que les indicateurs DALY et QALY, en termes de mortalité ou de morbidité, d'années en bonne santé épargnées ou au contraire dilapidées (« années de vie perdues »), de coût social, de fardeau des maladies.

#### **Outils**

A partir de la mortalité prématurée (avant 65 ans ou avant 75 ans<sup>30</sup>) et de l'impact des maladies sur la capacité fonctionnelle des individus, il est possible d'introduire des indicateurs qui quantifient les années potentielles de vie perdues « en bonne santé ».

Le DALY<sup>31</sup> (*disability adjusted life years*) développé par l'OMS et la Banque mondiale permet de rendre compte du fardeau global des maladies en termes de « charge de morbidité ». C'est un outil de hiérarchisation des priorités, de plaidoyer, de surveillance et de suivi.

Dans une approche médico-économique, on peut retenir un indicateur comme le QALY<sup>32</sup> (*quality adjusted life years*) qui associe quantité et qualité

<sup>29</sup> HCAAM, Innovation et système de santé, novembre 2016 <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam-innovation-syste-me-sante-tome-1-web.pdf>

<sup>30</sup> Selon les recommandations du Haut Conseil de la santé publique de 2013 : HCSP, *Indicateurs de mortalité « prématurée » et « évitable »*, avril 2013 (sous la direction d'Eric Jouglu).

<sup>31</sup> Le DALY est la somme des années de vie perdues par mortalité prématurée et des années en bonne santé perdues par l'incapacité due à la maladie. Des taux d'actualisation par âge peuvent être appliqués aux années de vie et ce afin de favoriser les bénéfices de santé immédiats au détriment des plus lointains. L'étude

observationnelle *Global Burden of Disease* de Murray et Lopez donne les chiffres pays par pays et montre le poids considérable des maladies non transmissibles dans la charge de morbidité. <http://thelancet.com/gbd>.

<sup>32</sup> Le QALY (*quality adjusted life years*) combine le nombre et la qualité des années de vie. Une intervention qui permet de bénéficier d'une année de vie supplémentaire en parfaite santé vaut un QALY. La connaissance du coût de l'intervention permet alors de définir un coût par QALY, notion utilisée en médico-économie.

de vie et permet d'aider à la décision d'aval en déterminant les interventions efficaces.

Cette grille d'analyse épidémiologique ou économique doit venir à l'appui de la décision politique ; elle est là pour l'éclairer, à côté d'autres considérations, d'opportunité, de mise à l'agenda ou de capacité à agir efficacement, sans parler des considérations d'équité, qui mettront en exergue les inégalités sociales ou territoriales de santé.

## Le cadre d'action stratégique

### La Stratégie nationale de santé : du pilote au projet à construire

La « Stratégie nationale de santé » prévue par la *Loi de modernisation de notre système de santé* de janvier 2016<sup>33</sup> est un exercice stratégique censé être conduit pour une période de 10 ans maximum, sorte de « Livre blanc » en matière de santé (pour prendre l'analogie avec le domaine militaire), destiné à définir des priorités en matière de santé, à organiser l'action publique en conséquence et, pour cela, à consolider une gamme d'outils de programmation aux niveaux ministériel, interministériel et régional<sup>34</sup>.

La procédure pour élaborer cette *Stratégie nationale de santé*, pour conduire les concertations nécessaires, a été définie par décret n°2016-1621 du 28 novembre 2016, qui précise les conditions de définition, d'adoption, de révision, de suivi annuel et d'évaluation pluriannuelle. La *Stratégie nationale de santé* élaborée dans le cadre ainsi défini sera arrêtée par décret.

Cette stratégie est aujourd'hui à élaborer, à partir d'une analyse documentée, en termes de besoins, de priorités, de doctrine d'action

et d'emploi des moyens, en termes d'organisation de la prévention et des soins, en termes de moyens mis en œuvre et de ressources...

L'élaboration de cette stratégie suppose que l'organisation administrative dédiée soit en place.

#### Les avatars de la programmation pluriannuelle

Les tentatives de mettre en place une programmation pluriannuelle des politiques de santé est un projet qui n'est pas nouveau :

- la loi organique de 1996 avait imposé en annexe du projet de loi de financement de la sécurité sociale l'élaboration d'un « rapport présentant les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale » (disposition abrogée) ;

- la loi sur les droits des malades de 2002 avait également tenté de mettre en place une procédure d'élaboration de la politique de santé précédant la discussion de la loi de financement (disposition jamais mise en œuvre) ; « La nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels » (article L.1411-1 du code de la santé publique) ;

- la loi sur la santé publique de 2004 lui avait substitué le principe d'une loi quinquennale de santé publique fixant « les objectifs de la politique de santé publique » et l'établissement d'un rapport annexé à la loi pour préciser ces objectifs et les principaux plans d'action prévus pour sa mise en œuvre.

Une fois actée, elle doit être traduite dans un « Plan national de santé » (version programmatique quinquennale, cf. infra) mais aussi déclinée à travers les exercices de programmation réalisés au niveau régional, les « Programmes régionaux de santé » qui doivent être arrêtés au 1er janvier 2018<sup>35</sup>.

<sup>33</sup> Le fait de reprendre l'expression choisie pour qualifier l'exercice réalisé sous l'égide du « Comité des sages » présidé par Alain Cordier en 2013 (Un projet global pour la *stratégie nationale de santé* - 19 Recommandations du comité des « sages », juin 2013) a pu créer une certaine confusion entre ce travail pilote et la stratégie à bâtir aujourd'hui, aux termes de la loi.

<sup>34</sup> L'article L. 1411-1-1 est ainsi rédigé :

« La politique de santé est conduite dans le cadre d'une stratégie nationale de santé définie par le Gouvernement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. La stratégie nationale de santé détermine, de manière pluriannuelle, des domaines d'action prioritaires et des objectifs d'amélioration de la santé et de la pro-

tection sociale contre la maladie. Un volet de la stratégie nationale de santé détermine les priorités de la politique de santé de l'enfant.

« Préalablement à son adoption ou à sa révision, le Gouvernement procède à une consultation publique sur les objectifs et les priorités du projet de stratégie nationale de santé.

« La mise en œuvre de la stratégie nationale de santé fait l'objet d'un suivi annuel et d'une évaluation pluriannuelle, dont les résultats sont rendus publics.

« Un décret en Conseil d'Etat définit les conditions d'application du présent article ».

<sup>35</sup> Le gouvernement a annoncé que le calendrier en question serait desserré pour permettre cette articulation stratégique national-régional.

## La programmation thématique nationale

La prolifération des plans de santé publique, depuis une vingtaine d'années au moins, est problématique du fait du nombre mais également des caractéristiques mêmes de cette « programmation ».

L'inventaire en est en vérité fort hétérogène<sup>36</sup>.

Certains dispositifs, les « grands » plans ont toutes les caractéristiques d'une programmation, ce que prévoyait d'ailleurs la loi de santé publique de 2004, une fois définies des priorités : en matière de cancer, de santé-environnement, de nutrition ou de sécurité routière... Ceux-ci ont quelques caractéristiques communes : préparés dans des conditions robustes, régulièrement évalués (d'un millésime à l'autre), adossés à une organisation véritable (en interministériel ou en étant confié à un opérateur dédié), surtout dotés de moyens conséquents (et reprenant les moyens disponibles dans le champ de la politique considérée) et ancrés dans une chronologie rigoureuse... Ces exercices révèlent les possibilités de la programmation en santé publique et... l'ingénierie à déployer pour ce faire.

A côté, quantité d'exercices présentent les propriétés inverses : conçus de façon stéréotypée pour répondre à telle ou telle injonction, sans durée et sans réelle consistance, mobilisant à la marge les moyens des organisations du champ considéré, désespérant les évaluateurs ou reléguant les tentatives d'évaluation à des analyses de mise en œuvre...

Si l'on considère maintenant l'alternative, telle qu'elle découle de la définition d'une *Stratégie nationale de santé*, il y a place pour un « Plan national de santé » (volet programmatique de la stratégie), rassemblant des programmes d'action spécifiques représentatifs des priorités en matière de santé (notamment ceux de la première catégorie évoquée ci-dessus) et un cadre d'action générique mobilisant l'ensemble des acteurs.

### Les éléments constitutifs d'un Plan national de santé

1. Le rappel des points clés de la SNS et notamment les priorités affichées ;
2. Les objectifs opérationnels de la programmation à 5 ans ;
3. Les principes de gouvernance ;
4. Les moyens mis en œuvre :
  - Les principaux programmes d'action :
    - Les « grands » plans
    - Le programme d'action ministériel courant
    - Les programmes d'action des autres ministères
  - La programmation régionale
  - L'approche pluriannuelle des moyens mis en œuvre
    - Crédits budgétaires
    - Crédits d'assurance-maladie
    - Moyens mobilisés par les partenaires
  - Les dispositifs de suivi et d'évaluation (en retraçant à chaque fois les crédits mobilisés)
    - Les moyens de la recherche et de la formation
    - Le suivi mis en place
    - Les dispositifs d'évaluation

Une approche par grands déterminants de santé (environnement, santé au travail, alimentation et lutte contre la sédentarité, prévention des addictions, prévention du risque infectieux, santé mentale) permettrait de couvrir le périmètre de la quarantaine de plans en cours ou en projet, à l'exception bien entendu des plans relatifs à l'organisation de prises en charge spécifiques (plan maladies neurodégénératives, plan autisme, plan greffe, plan pour l'accès à l'IVG, plan maladies rares...). Une approche par déterminants n'est pas incompatible avec une approche populationnelle centrée sur les différents âges de la vie : périnatalité, enfance, santé sexuelle et reproductive, fin de vie, santé des personnes d'âge actif.

<sup>36</sup> Entre 2003 et 2013, 51 plans nationaux ont été mis en œuvre. En 2017, 27 plans sont en cours de mise en œuvre et 9 nouveaux plans sont en cours d'élaboration. Aux plans visant – implicitement – à réduire le fardeau des maladies (plan obésité, plan nutrition, plan maladies chroniques...) s'ajoutent divers plans relatifs

à la sécurité sanitaire, à l'organisation de filières de soins (plan AVC) ou à des problématiques jugées prioritaires (plan cancer, plan Alzheimer). Cette catégorisation ne rend pas compte de la place de la prévention et de la promotion de la santé dans ces différents plans et programmes de santé publique.

## La programmation territoriale

La territorialisation est fondamentale lorsqu'on raisonne sur les priorités de santé publique.

Certes, il est important de définir les axes structurants à l'échelle nationale mais le travail sur les priorités ne saurait se faire uniquement à cette échelle. La programmation stratégique à l'échelle régionale est même, dans une large mesure, la vraie colonne vertébrale de la politique de santé.

En infra-régional, il faut aussi considérer les priorités de proximité, que l'on retrouve notamment dans les Contrats locaux de santé (cf. infra).

L'articulation des trois niveaux de priorités (nationales, régionales et locales) est un enjeu. Les matériaux de synthèse manquent pourtant au moment de dresser une image nationale de la programmation territoriale. C'est là une lacune qu'il conviendrait de combler.

Les *Programmes régionaux de santé* (PRS) de première génération prévoyaient un volet « prévention » spécifique. Il n'en va pas de même de la deuxième génération, qui se veut intégrative.

Assez complexe dans la loi HPST, le dispositif prévu par la loi de 2016 se veut plus simple : le directeur général de l'ARS définit dans le PRS, en cohérence avec la SNS, les objectifs pluriannuels, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Le cadre d'orientation stratégique détermine les objectifs et les résultats attendus à dix ans. Le schéma régional de santé qui absorbe les schémas spécialisés prévus par la loi HPST (schéma « prévention », schéma « organisation des soins », schéma « organisation médico-sociale ») est établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour l'ensemble de l'offre de soins et des services de santé.

Les premiers PRS avaient essuyé les plâtres de la création des agences<sup>37</sup> ; ceux de la deuxième génération sont contraints, pour une partie d'entre eux, par le processus de fusion intervenue entre un certain nombre de régions – et donc d'ARS – qui explique d'ailleurs largement les disparités entre territoires quant à la maturité actuelle des projets de PRS.

Il manque aux PRS en cours d'élaboration le cadrage stratégique national censé être apporté par la *Stratégie nationale de santé*. Une fois celle-ci définie, les PRS de deuxième génération pourront s'articuler non pas avec une multitude d'objets nationaux de programmation disparates (les nombreux plans de santé publique), complétés par de multiples instructions et injonctions de l'administration centrale, mais avec un plan national structuré.

Une autre dimension essentielle de cette programmation est la consolidation des moyens d'action territoriaux et la mobilisation de l'ensemble des acteurs (dans le champ du ministère de la Santé et de l'assurance maladie, dans celui des autres ministères, au niveau des collectivités locales et bien entendu au niveau des populations et de leurs représentants), d'où l'importance cruciale d'une concertation renforcée.

Les ARS disposent d'un volant financier<sup>38</sup> via le Fonds d'intervention régional<sup>39</sup>. La question de la pluriannualité des crédits a été prise en compte par la *loi de financement de la sécurité sociale pour 2015* (article 56) qui a confié aux ARS la gestion budgétaire et comptable pleine et entière du fonds et l'inscription dans une gestion pluriannuelle des crédits. Reste la question des expérimentations financées sur le FIR et du passage de financements ponctuels à des financements pérennes pour la diffusion des actions probantes<sup>40</sup>.

<sup>37</sup> Mais, comme le souligne François Baudier, ils avaient pu bénéficier d'une large concertation, très appréciée des acteurs. En ces matières, il faut sans doute aller au-delà d'un principe de consultation et associer aussi fortement que possible les instances de démocratie sanitaire aux processus de décision, à leur suivi et à leur évaluation.

<sup>38</sup> Le budget des ARS pour la prévention et la promotion de la santé, quelle que soit l'origine du financement (crédits Etat et FIR) est de l'ordre de 695 millions d'euros en 2015.

<sup>39</sup> Compte tenu du fléchage d'une partie des crédits recensés dans le FIR, les ARS n'ont pas réellement la main sur une large part des ressources en question.

<sup>40</sup> Cf. infra.



## La mise en œuvre de l'action publique

### Les effecteurs

#### La diversité des formes d'intervention

Les moyens de l'action publique en matière de santé sont diversifiés. Les définitions que l'on utilise habituellement mobilisent différentes typologies : par rapport au déclenchement de telle ou telle maladie ou au parcours des individus (de la prévention primaire à la prévention quaternaire), eu égard au degré de « médicalisation » (de la prévention à la promotion de la santé, en passant par la réduction des risques), en fonction du type d'intervention (interdiction, promotion, incitation, action directe ou intermédiée), en fonction des moyens déployés (loi et règlement, taxes/bonus, campagne de communication, marketing social, action auprès des populations).

#### Arrêt du tabac : la e-prévention pour atteindre les groupes à risque

La consommation de tabac reste problématique en France comparativement à de nombreux autres pays de développement comparables. La prévalence de fumeurs réguliers y est élevée : en 2014, près de 33% des hommes et 25% des femmes déclarent encore fumer quotidiennement<sup>41</sup>.

L'objectif du *Plan national de réduction du tabagisme* est de passer sous la barre des 20% de fumeurs d'ici à 2024. Diverses options peuvent être envisagées : hausse du prix du tabac, aide au sevrage tabagique, utilisation de la cigarette électronique...

La prévalence du tabagisme est la plus élevée chez les inactifs et les chômeurs (un chômeur sur

deux déclare fumer quotidiennement) et on observe un accroissement sensible des taux de fumeurs dans les catégories sociales les moins favorisées alors que la baisse est largement amorcée dans les groupes sociaux les plus favorisés.

La e-santé constitue sans doute une opportunité à explorer en la matière. Le projet *Stop Advisor*, développé au Royaume-Uni, est un dispositif d'aide à l'arrêt du tabac par Internet. La conception du site a reposé sur la théorie de la motivation PRIME (*Plans, Responses, Impulses, Motives, Evaluations*) et a été testé auprès de fumeurs socialement défavorisés (essai contrôlé randomisé réalisé auprès de 4 613 fumeurs). Le critère d'analyse principal était une abstinence continue de 6 mois vérifiée biologiquement. L'étude a permis de montrer que ce dispositif interactif était plus efficace qu'un simple site d'information statique auprès des fumeurs socialement défavorisés, alors qu'il ne l'était pas pour les fumeurs favorisés<sup>42,43</sup>.

Au-delà de la diversité des formes d'intervention, il est important de considérer celle des effecteurs et des lieux.

#### Diversité des acteurs et de lieux

Les premiers acteurs à mobiliser, aux côtés des professionnels de santé, et à former sur les questions de prévention et de promotion de la santé, sont sans doute les travailleurs sociaux, les intervenants associatifs, les éducateurs au contact des jeunes, les professeurs de sport dans les écoles, etc.

Il importe de faire appel à l'ensemble des professionnels de santé pour assurer le travail de prévention. Il est en effet nécessaire de raisonner sur l'ensemble des compétences mobilisables, dans chaque profession, sans oublier

<sup>41</sup> La situation est d'autant plus préoccupante qu'on enregistre un fort accroissement des cancers du poumon chez les femmes. Globalement 13% des décès (environ 73 000 décès en 2013) sont imputables au tabac et le tabagisme est le déterminant responsable du plus grand nombre d'années de vie perdues en bonne santé dans notre pays (10% des DALYs). La situation reste également préoccupante chez les jeunes (même si elle tend à s'améliorer) puisqu'un jeune de 17 ans sur trois déclare fumer quotidiennement en 2014.

<sup>42</sup> Références : (1) *Global Burden of Disease Study 2015*. Seattle, United States : *Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)*, 2016; (2) Numéro thématique BEH n°30-31 – 2016 : Le tabagisme en France : comportements, mortalité attribuable et évaluation de dispositifs d'aide au sevrage ; (3) R.Guignard *et al.* La consom-

mation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. *Evolution* n°31, janvier 2015 ; (4) Arwidson P, Guignard R, Nguyen-Thanh V. Conception et évaluation d'une intervention d'aide à l'arrêt du tabac visant à la réduction des inégalités de santé. L'exemple du site Internet *StopAdvisor* en Bretagne. *Bull Epidemiol Hebd.* 2016;(16-17):320-5 ; (5) Marschang S. Health inequalities and eHealth. *Report of the eHealth Stakeholder Group to the European Commission*. Final version, 21 February 2014.

<sup>43</sup> Une nouvelle application mobile de coaching des fumeurs pour les aider à arrêter de fumer a été lancée en septembre 2016 en France. Elle vient compléter Le dispositif *Tabac-info-service* qui comprend maintenant un site web, une ligne téléphonique d'information, un dispositif d'aide à l'arrêt du tabac par téléphone avec des tabacologues et cette nouvelle application.

le rôle des usagers et des patients, particulièrement déterminant dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé.

Il faut aussi bien entendu faire toute sa part à l'intervention des acteurs associatifs. Les exemples sont multiples, les associations d'usagers de drogues ont sans doute été précurseurs dans la mise en place d'actions concrètes de prévention et de promotion de la santé, mais d'autres champs de la santé se sont saisi de ces outils. La périnatalité, le diabète, le cancer, la santé mentale sont des exemples. Les actions des associations se font tant à l'échelle des territoires que des populations, permettant de distinguer des modèles innovants de prévention et de promotion de la santé, communautaires et ancrés dans les territoires<sup>44</sup>.

#### Le dispositif AGORAé

Le projet AGORAé a été initié par la FAGE (Fédération des associations générales étudiantes) en 2011, face au constat d'une précarité croissante au sein la population étudiante<sup>45</sup>. Il s'agit d'épiceries solidaires qui assurent un accès simplifié à une alimentation saine et équilibrée pour les étudiants en situation de précarité, non éligibles aux programmes classiques d'aide alimentaire. En 2016, 14 épiceries solidaires AGORAé sont présentes sur le territoire national.

Les épiceries sont localisées au sein de locaux universitaires ou du CROUS, ou prêtés par des collectivités locales, voire dans certains cas, loués par les associations. Il existe également un système de camion mobile, assurant le rôle d'épicerie. L'ensemble des produits alimentaires de base sont proposés, ainsi que des fruits et légumes, avec des prix inférieurs de 10 à 30% à ceux du marché. A ces épiceries sont accolés des lieux de vie étudiants, pour favoriser la mixité sociale et proposer des initiatives de promotion de la santé et de l'équilibre alimentaire (ateliers d'éducation à l'alimentation, présence de nutritionnistes, dégustation de fruits, etc.).

Les actions de prévention de l'obésité chez les étudiants, telles que décrites dans l'encadré ci-dessous, sont un exemple de politique de prévention communautaire, ancrée dans

<sup>44</sup> Au-delà des intervenants classiques, professionnels de santé ou non, le rôle de nouveaux acteurs dits « navigateurs » ou « ambassadeurs » fait l'objet d'expérimentations menées dans les champs du cancer ou du VIH-sida, mais également dans le domaine des addictions et de la vie sexuelle et affective. Ces « navigateurs » profanes ou professionnels sont intégrés dans la population et vi-

sent à orienter les usagers et à faciliter leur parcours dans le système de soins. Cette approche communautaire a été utilisée avec succès aux Etats-Unis (Etat de Washington) pour faire baisser la défiance contre la vaccination.

chaque territoire et incluant un axe essentiel d'éducation pour la santé.

Les lieux d'exercice en ville (cabinets de professionnels libéraux, isolés ou regroupés, centres de santé), les lieux à caractère hospitalier (quel que soit le statut), les enceintes dédiées à la médecine préventive (en PMI, en milieu de travail ou en milieu scolaire), les établissements sociaux et médico-sociaux, les lieux de vie, d'activité sportive ou de loisir, les établissements scolaires... Tous ces lieux ont un potentiel en matière de prévention et de promotion de la santé, plus ou moins exploité. Lieux opportunistes ou lieux dédiés, il importe en tout cas d'utiliser au mieux les ressources (devenues rares dans certains cas), les capacités d'animation ou d'organisation, le temps disponible des individus.


L'organisation des réponses sur le territoire peut naturellement prendre des formes diversifiées : le maillage offert par les officines pharmaceutiques fait de celles-ci des pivots intéressants pour une action de prévention (au-delà de la vaccination, objet de récentes évolutions). Le fait qu'un certain nombre de professionnels (médecins mais surtout professionnels paramédicaux et personnels exerçant dans les « services à la personne ») se déplacent au domicile des personnes, âgées notamment, en fait des sentinelles essentielles en matière de prévention. De la même façon, un certain nombre d'établissements médico-sociaux, non médicalisés, assurent une mission de continuité des soins auprès de résidents et pourraient être davantage impliqués dans la prévention et la promotion de la santé, moyennant une formation adéquate pour les professionnels éducatifs sur ces sujets.

#### Au-delà de la diversité, quels principes d'organisation ?

En ville, l'accent mis sur la prévention dans les discours publics stimule la vocation de bien des métiers. La prévention doit effectivement être davantage intégrée dans les pratiques des professionnels de santé, tant il est vrai

sent à orienter les usagers et à faciliter leur parcours dans le système de soins. Cette approche communautaire a été utilisée avec succès aux Etats-Unis (Etat de Washington) pour faire baisser la défiance contre la vaccination.

<sup>45</sup> Le projet a été développé avec l'aide de l'ANDES, Association nationale de développement des épiceries solidaires, qui a contribué à l'élaboration du cahier des charges.





que prévention et soins forment un continuum. Mais encore faut-il préciser les conditions d'organisation de ces interventions.

Pour bien mesurer les enjeux, il n'est pas inutile de revenir aux définitions. Il convient en particulier de distinguer la prévention individuelle, ciblée sur le haut risque (de maladie) et la prévention collective, visant à protéger, à promouvoir la santé de tous<sup>46</sup>. En d'autres termes, la prévention collective, qui s'adresse à l'ensemble d'une population, sur un territoire par exemple, va s'intéresser au faible risque de tout un chacun de devenir malade et ambitionne de renforcer les chances de rester en bonne santé par des mesures généralement éducatives ou environnementales. La prévention ciblée est quant à elle plus souvent médicalisée. Les deux types d'intervention sont nécessaires mais ne doivent pas être confondus ou superposés, dans la mesure où ils ne visent pas les mêmes objets et ne mobilisent pas les mêmes moyens.

La confusion entre ces deux types d'approche amène bien souvent à ne considérer l'approche collective que comme une sorte de massification de l'approche individuelle et consiste notamment à traiter un grand nombre d'individus à risque modéré ou faible par un abaissement des seuils d'intervention médicalisée... Alors qu'il conviendrait plutôt de faire valoir l'intérêt d'une personnalisation dans le cadre des campagnes de santé publique.

Reconnaître la dimension collective de l'activité de prévention amène à considérer quelques enjeux d'organisation.

Comme l'écrivait en 2000 Marcel Goldberg, « *une prévention efficace ne se réduit aucunement à la pratique isolée et spontanée d'actes considérés comme de nature préventive (vaccination, dépistage, conseils hygiéno-diététiques...)*. Seuls des programmes de prévention planifiés, aux objectifs explicites, con-



*trôlés tout au long de leur réalisation et évalués en permanence, peuvent prétendre à une véritable efficacité...<sup>47</sup>*». Il appelait de ses vœux une plus grande coordination de la médecine de ville. L'organisation des équipes de soins primaires comme celle de la médecine de deuxième recours concourt à cet objectif.

Il nous faut en effet aujourd'hui combler une lacune d'organisation (qui est en situation de conduire des campagnes un peu systématiques auprès des populations ?) et pallier les difficultés d'un certain nombre de réseaux institués (en PMI, en santé au travail ou en matière de santé à l'école notamment).

S'appuyer sur les soins primaires et le dispositif « médecin traitant » est une façon de promouvoir la dimension collective. Les équipes de soins primaires et, en leur sein, les médecins généralistes, doivent orienter clairement leur offre vers la promotion de la santé.

Les acteurs des soins spécialisés ont également leur rôle à jouer dans cette démarche de prévention, d'où l'importance là encore de leur organisation sur le territoire<sup>48</sup>.

La question de la ressource médicale disponible sur le territoire est bien évidemment une donnée clé mais ce n'est pas la seule :

- pour affirmer leurs compétences sur les sujets de prévention et de promotion de la santé, les professionnels de santé doivent bénéficier d'une formation spécifique (en formation initiale comme en formation continue), au même titre que les professionnels non issus du secteur de la santé ;
- la coopération doit être renforcée avec les chercheurs sur les bonnes pratiques, les bons indicateurs et les référentiels ; la Haute autorité de santé doit continuer d'affirmer son rôle dans le champ de la prévention ;

---

<sup>46</sup> Les analyses ci-dessous sont issues d'une note communiquée par Pierre Lombraïl : « Repenser la prévention à l'heure du PRS2 » (2016). Il rappelle le travail de Geoffrey Rose invitant à distinguer les causes de la maladie chez l'individu (exemple : une élévation du risque cardio-vasculaire chez l'individu liée à une élévation de la pression artérielle, qui peut justifier une prise en charge médicalement si les mesures hygiéno-diététiques ne suffisent pas)

et dans la population (élévation du niveau moyen de pression artérielle corrélée à la consommation de sel, généralement du fait de la consommation de produits manufacturés trop salés, problème qui invite à une action corrective chez les fabricants).

<sup>47</sup> Marcel Goldberg, *Rapport d'expertise sur l'activité et les orientations des centres d'examen de santé*, novembre 2000.

<sup>48</sup> Cf. HCAAM, *Organiser la médecine spécialisée et le second recours : un chantier prioritaire*, Avis, juin 2017.



- l'organisation pratique des lieux d'exercice est bien évidemment un enjeu clé<sup>49</sup>. Qu'il s'agisse de formes d'exercice regroupé physiquement ou d'autres formes d'organisation des professionnels dans les territoires, ceux-ci doivent pouvoir dégager du temps et disposer des moyens d'assurer un suivi populationnel performant (secrétariat, base de données, etc.) pour déployer une offre adaptée à titre individuel, en matière de vaccinations, de dépistage, de consultations de prévention... mais aussi une offre au plus près des conditions de vie, d'études, de travail...

Mettre en place ces éléments d'organisation, à la faveur du déploiement des équipes de soins primaires ou des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), permet de reconnaître leur responsabilité populationnelle et territoriale en matière de santé publique.

L'encadré page suivante évoque l'expérience de la Région Nord-Pas-de-Calais en vue de favoriser les activités de prévention et de promotion de la santé au sein des maisons de santé. On peut aussi mentionner l'Appel à projet 2017 de l'ARS Pays de la Loire intitulé « *Développement de la prévention au sein des maisons de santé pluri-professionnelles* ».

Cette structuration permettrait d'effacer la distinction longtemps faite entre dépistages dits « organisés » et ceux relevant de la pratique courante des professionnels de santé. Il est important que ceux-ci contextualisent les campagnes de santé. C'est dans la durée que peut se bâtir l'alliance thérapeutique dans les interventions soins-prévention ;

- la question est posée de l'articulation entre une organisation structurée des soins primaires et les services de médecine spécialisée à vocation universelle. L'IGAS appelait déjà en 2003<sup>50</sup> à une clarification des missions et à une spécialisation des organisations. « *Le bilan de santé systématique continue à occuper une place centrale dans l'activité des services de médecine préventive que sont la PMI, la médecine*

*scolaire, la médecine du travail ou les centres d'examens de santé. Cette pratique a correspondu à un stade de la politique de prévention, et a eu jadis son utilité pour les individus qui en bénéficiaient. Les besoins de santé de la population ont toutefois évolué, et le réseau des médecins est suffisamment développé pour qu'il ne soit plus nécessaire de disposer de services de médecine préventive spécialisés à vocation universelle. Le principal objectif de tels services doit être désormais d'atteindre les personnes « à risques » et celles ne bénéficiant pas d'un suivi médical. Le dépistage polyvalent est désormais une démarche aussi coûteuse que peu efficace. »*

Au-delà même des difficultés liées à la démographie médicale dans ces trois secteurs (PMI, santé à l'école et santé au travail), l'effort de structuration des soins primaires et leur vocation à assumer une pratique plus collective de la prévention amènent bien entendu à reposer cette question de l'articulation entre les dispositifs et entre les formes d'intervention.

Les problématiques autour de la santé des enfants justifient par exemple pleinement de raisonner au-delà des frontières organisationnelles entre les soins primaires « de ville », les soins de second recours et les services de médecine spécialisée (PMI et santé scolaire). La lutte contre l'obésité, l'apparition de pathologies comme le diabète de type 2 chez les adolescents justifient pleinement ces formes de mobilisation collective.

Il en va de même en matière de santé au travail : les professionnels de ville doivent jouer pleinement leur rôle et, pour cela, être en situation de connaître les risques auxquels peuvent être exposés les salariés.

- dernière question mais pas la moindre, le développement d'activités préventives en matière d'addiction, de tabagisme, d'alcoolisme, de nutrition, de pratiques sexuelles à risques, d'éducation à l'hygiène et à la santé pose la question des

<sup>49</sup> D'où l'importance des dispositifs de type *Accord conventionnel interprofessionnel* (ACI). <sup>50</sup> Rapport déjà cité.

compétences à mobiliser et du partage des tâches entre professionnels (professionnels de santé mais pas seulement : on a vu plus haut toute la diversité des intervenants mobilisables). Cette question recèle des dimensions organisationnelles (en particulier compte tenu des ressources disponibles sur le territoire), des enjeux de formation mais aussi bien entendu des enjeux de rémunération.

#### **L'exemple des maisons de santé en région Nord-Pas de Calais**

La région Nord Pas-de-Calais avait fait le choix de faire de la prévention une condition pour la contractualisation avec les maisons de santé. L'objectif poursuivi était d'améliorer à terme le service rendu à la collectivité en structurant une offre de santé globale (soins, prévention, promotion de la santé et médico-social<sup>51</sup>) et cohérente, articulée autour d'une approche populationnelle et territorialisée. L'organisation d'un dispositif à partir des maisons de santé était apparue comme un élément structurant pour avoir un impact sur l'organisation territoriale dans son ensemble, aussi bien en zone rurale où l'implantation de maisons de santé répond plutôt à un déficit d'offre de soins de proximité qu'en zones urbaines où les enjeux sont plutôt focalisés autour de l'urgence sociale. La coopération entre les divers professionnels de santé offre une nouvelle place à des thématiques de prévention et de promotion de la santé, en général peu investies dans un exercice individuel.

Les maisons de santé dans cette dynamique sont susceptibles de devenir assez naturellement les partenaires et les relais des actions menées par les collectivités.

### **La prise en charge financière**

Les conditions de prise en charge de la vaccination, des dépistages ou des consultations de prévention posent un certain nombre de questions :

- sur la pertinence de différences dans les niveaux de prise en charge entre les différents actes, produits ou dispositifs concourant à la réalisation d'une séquence de prévention. La question se pose aussi vis-à-vis des interventions consécutives à la démarche de prévention ;

- sur les distorsions qui peuvent résulter des différences de prise en charge entre les actes des professionnels de santé et les produits de santé, au premier rang desquels les médicaments qui sont bien remboursés et ceux de professionnels ou de dispositifs qui ne sont pas aujourd'hui dans le panier remboursé ;
- sur les modalités favorisant l'articulation entre la politique de prise en charge financière et les recommandations édictées ou les cibles définies dans le cadre de la politique de santé publique se pose enfin.

#### **Prise en charge en matière de prévention : l'exemple de la vaccination**

La vaccination, dans les conditions du droit commun, est prise en charge par l'assurance maladie à 70% lorsque l'injection est réalisée par un médecin ou 60% lorsqu'elle est réalisée par une infirmière. Le vaccin prescrit est remboursé à 65%, sous réserve de figurer sur la liste arrêtée par les Ministres de la santé et de la sécurité sociale. La prise en charge est à 100% pour les patients en ALD pour les vaccins en lien avec leur affection. S'il ne figure pas sur la liste, le vaccin n'est pas remboursé alors même qu'il peut être recommandé (fièvre jaune).

La prise en charge à 100% des vaccins est prévue dans le cadre des campagnes de vaccination soutenues par le FNPEIS s'agissant du ROR et de la grippe.


La gratuité de la vaccination est assurée dans le cadre de la politique vaccinale par les centres de vaccination agréés par l'Etat, ainsi que par les centres des collectivités territoriales liés par convention avec l'Etat.

Dans le milieu de travail, un certain nombre de vaccins obligatoires ou recommandés pour certaines catégories de professionnels (professionnels de santé notamment) sont pris en charge totalement par l'employeur lorsque la vaccination est réalisée dans le cadre professionnel ou dans celui de la médecine du travail.

L'exemple de la vaccination est assez édifiant : il n'y a pas de lien étroit établi entre le périmètre et le niveau de remboursement et

<sup>51</sup> Les maisons de santé subventionnées par le Conseil régional devaient ainsi répondre à trois critères : l'obligation de faire de la prévention, la lutte contre la désertification sanitaire et le développement de services médico-sociaux. Ces critères concernaient

aussi bien les maisons de santé pluri-professionnelles que des maisons locales de promotion de la santé (sans offre médicale).



le ciblage qui résulte des obligations ou recommandations édictées dans le cadre de la politique vaccinale.

### Revoir l'approche du remboursement

Malgré l'évolution décrite plus haut, qui inscrit l'intervention de l'assurance maladie dans le cadre de la politique générale de santé, incluant la prévention et la promotion de la santé, l'approche du remboursement n'est toujours pas considérée dans une logique de stratégie ou de parcours de prévention et de soin.

Les périmètres de remboursement et la tarification doivent donc évoluer pour mettre en cohérence les pratiques en la matière et les stratégies de prise en charge.

Cela suppose d'insérer les actions de prévention dans les financements de droit commun (ce qui serait cohérent avec l'universalisation de l'assurance maladie et avec l'évolution des compétences des professionnels) et de ne plus raisonner sur le remboursement de façon morcelée. La contrepartie est bien entendu que les stratégies en question s'inscrivent dans des référentiels de prise en charge validés, en l'occurrence par les collègues professionnels et la Haute autorité de santé, et que les professionnels bénéficient d'une formation adaptée.

Dans le cadre d'une telle évolution, la question du ticket modérateur, tel que pratiqué actuellement, est posée dans certains cas. La question de la prise en charge – et de l'accessibilité financière – d'actes secondaires, consécutifs à une action de dépistage organisée, est également posée.

### Revoir l'organisation financière

L'IGAS dans son rapport de 2003<sup>52</sup> pointait les enjeux en soulignant « *la difficulté à sortir le système de santé d'un mode d'organisation et de financement centré sur le curatif, à abattre la barrière symbolique qui cantonne d'un côté l'assurance maladie, principal financeur de la*

*santé, au paiement quasi exclusif d'actes de soins, et de l'autre les services de l'État, décideurs sans levier financier à hauteur de leurs objectifs, à la politique de santé publique, ne s'explique pas seulement par la contrainte financière* ».

Les enjeux d'organisation des soins primaires évoqués plus haut, qui peuvent être gages d'économies, obligent à faire mouvement, au-delà de ce qu'ont déjà apporté les dispositions conventionnelles relatives à la profession médicale, aux professions paramédicales ou à l'inter-professionnalité.

La question se pose en effet de l'évolution de la structure des rémunérations, permettant d'inciter les professionnels de santé à diversifier leurs activités et à s'engager dans le développement des activités de prévention.

La promotion de nouvelles activités ou de nouvelles organisations doit naturellement viser l'efficacité et la performance allocutive. Selon les cas, selon les configurations de terrain, le financement des structures existantes peut être privilégié (notamment les formes organisées en matière de soins primaires) ou, au contraire, le choix peut être fait, par des formules d'appel d'offres ou d'appel à projets, de susciter l'émulation entre les organisations pour fournir le meilleur service au meilleur coût.

### Revoir l'approche des moyens mis en œuvre au titre de la prévention

Comme l'ont noté différents rapports, il est aujourd'hui difficile d'avoir une vision claire du périmètre des biens et services pris en charge par l'assurance maladie au titre de la prévention et de la promotion de la santé, ainsi que des dépenses qui y sont consacrées<sup>53</sup>. Des travaux sont en cours sous l'égide de la DREES et de la DGS et doivent être poursuivis : ils permettront de mesurer de façon plus fine les moyens utilisés et mobilisables en matière de prévention.

<sup>52</sup> IGAS, *Rapport annuel 2003 – Santé, pour une politique de prévention durable* (déjà cité)

<sup>53</sup> Dans l'approche des « dépenses liées à l'environnement », on trouve cette définition « *Ces comptes couvrent l'ensemble des actions et activités visant à la prévention, la réduction et l'élimination des pollutions, ainsi que toute autre dégradation de l'environnement. Pour être considérées comme relevant de la protection*

*de l'environnement, ces actions, activités ou parties de celles-ci doivent satisfaire le critère de finalité, c'est-à-dire que la protection de l'environnement doit être leur objectif premier.* » in Commissariat général au développement durable, *Chiffres et statistiques* n°708, décembre 2015. Il serait intéressant d'avoir le pendant pour ce qui concerne les dépenses de santé.

Cet effort de définition vise plusieurs objectifs :

- il est important de bien identifier, parmi l'ensemble des actes et biens de santé pris en charge par l'assurance maladie, ceux qui ressortissent d'une logique de prévention (à tous les stades), voire de promotion de la santé, surtout si l'on entend étendre la doctrine d'emploi des ressources de l'assurance maladie ;
- il s'agit de mesurer l'effort de la collectivité et les dynamiques à l'œuvre : il est en effet important de comprendre la contribution propre de chaque secteur (consultations des différents professionnels, médicaments et biens de santé, « forfaits » populationnels...) ;
- dans une logique d'évaluation, il est important d'apprécier le poids des différentes composantes, tout particulièrement si on développe en parallèle une analyse en termes de performance comparée.

Au-delà des dépenses d'assurance maladie, il peut être intéressant, on l'a dit, de retracer les dépenses consacrées à la prévention et à la promotion de la santé par les différentes collectivités publiques, voire par les acteurs privés.

En cette matière, dans la logique du *Plan national de santé* proposé dans cet avis, il importe d'être pragmatique. Il s'agit donc de sérier parmi l'ensemble des dépenses ressortissant de près ou de loin de la protection de la santé de la population, celles mobilisables dans le cadre d'une programmation relevant de plusieurs départements ministériels.

<sup>54</sup> [http://www.assembleenationale.fr/13/budget/mecss/Communication\\_CDC\\_prevention\\_sanitaire.pdf](http://www.assembleenationale.fr/13/budget/mecss/Communication_CDC_prevention_sanitaire.pdf).

<sup>55</sup> La prise en charge complémentaire du panier de soins intègre des prises en charge relatives aux médicaments dits de prévention, à des frais de dépistage (dépistage des infections sexuellement transmissibles, par exemple) ou encore à la vaccination.

<sup>56</sup> C'est notamment le cas des consultations chez le nutritionniste mais aussi des consultations en pédicurie et podologie ou de diététique. Dans ce cas, des remboursements sont généralement prévus par les OCAM jusqu'à concurrence d'une certaine somme annuelle ou d'un nombre de séances maximum.

S'agissant de la vaccination non prise en charge par l'assurance maladie, les prises en charge par les OCAM sont très disparates.

Dans son rapport sur la prévention sanitaire de 2011<sup>54</sup>, la Cour des comptes évoquait l'intérêt qu'il y aurait à élaborer, dans la logique de la *Loi organique relative aux lois de finances*, un *document de politique transversale* consacré à la prévention en santé, destiné à retracer l'ensemble des crédits d'Etat : à côté du programme 204 « Prévention et sécurité sanitaire », le programme 230 « Vie de l'élève » qui porte les moyens de la médecine scolaire, le programme 206, « sécurité et qualité sanitaire de l'alimentation », qui finance des actions en faveur de la qualité de l'alimentation et le programme 181 « prévention des risques », qui porte le *Plan national santé environnement* (PNSE).

Il faudrait y adjoindre les crédits de l'assurance maladie, voire ceux directement mobilisés par les autres collectivités publiques (les collectivités locales en particulier).

Une telle approche permettrait d'étayer la programmation sur le plan financier et d'apprécier les moyens d'intervention réellement mobilisables en pluriannuel (au-delà des « services votés » pour reprendre un vocabulaire ancien, c'est-à-dire des moyens dévolus au fonctionnement courant des organisations).

### La place des assureurs complémentaires

La participation des organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) aux actions de prévention et de promotion de la santé est assurée de trois façons : les OCAM prennent en charge les frais de prévention de droit commun de façon complémentaire à l'assurance maladie<sup>55</sup> ; ils assument également des prises en charge d'actes de prévention à titre supplémentaire<sup>56</sup> ; enfin, certains OCAM

Ainsi, certains remboursent la vaccination « en frais réels », incluant alors l'achat du vaccin et l'injection par un professionnel de santé, alors que d'autres ne prévoient qu'un forfait global sans mention spécifique. D'autres ne prennent pas en charge les vaccinations non remboursées par l'assurance maladie.

Enfin, certains OCAM promeuvent l'automédication responsable et proposent de prendre en charge des dépenses de pharmacie pour des médicaments non prescrits. Des matériels de prévention (tensiomètre, débitmètre de pointe, etc.) peuvent également être remboursés sur preuve d'achat par certains OCAM. Des organismes font le pari d'un forfait prévention permettant d'ajuster la prise en charge aux besoins de prévention de l'assuré.

développent des services de prévention et de promotion de la santé à destination des assurés.

L'intervention des OCAM permet de revenir sur un ensemble de questions :

- ils concourent à la prévention dans une logique à la fois individuelle (auprès de leurs assurés) et populationnelle (au sein de la population ou auprès de communautés particulières, en fonction des âges de la vie, des lieux, etc.) ; en cela, ils portent les deux dimensions de prévention et de promotion de la santé ;
- ils accompagnent traditionnellement les pouvoirs publics (aux différents échelons) dans la lutte contre les « fléaux sociaux » et dans la prévention des accidents de la vie (en matière de sécurité routière, en lien avec l'assurance automobile, ou d'accidents domestiques par exemple) ;
- ils sont à l'initiative de campagnes d'information et d'éducation pour la santé sur les grands déterminants de la santé des populations (tabac-alcool, nutrition, activité physique<sup>57</sup> notamment) ;
- ils sont promoteurs de la diffusion de nouveaux dispositifs, en particulier numériques<sup>58</sup> ;
- dans le champ de l'audition, de l'optique et du bucco-dentaire, ils couvrent un large spectre d'activités : du dépistage à la prise en charge complémentaire, voire à l'organisation du marché à travers les réseaux de soins. Comme évoqué par ailleurs dans les travaux du HCAAM<sup>59</sup>, ces secteurs sont atypiques, en tant qu'ils concentrent une

part importante des garanties apportées par les OCAM<sup>60</sup>. Les rôles respectifs de l'AMO et des complémentaires ne sont pour autant pas toujours articulés en termes de modèle économique : dans le domaine bucco-dentaire, l'AMO ayant, pour l'essentiel, à sa charge les soins conservateurs et les complémentaires les soins réparateurs (implants et prothèses) ;

- la généralisation de la couverture santé complémentaire, portée par la Couverture maladie universelle, par l'Aide à la complémentaire santé, et, depuis 2013, par l'Accord national interprofessionnel (ANI), renforce l'enjeu de la participation des OCAM en matière de prévention<sup>61</sup>. La généralisation de la complémentaire d'entreprise portée par l'ANI permet en outre d'envisager une articulation plus forte des efforts de prévention en dehors et à l'intérieur de l'entreprise, dimension essentielle compte tenu de l'importance des problématiques de santé au travail<sup>62</sup>. C'est par le dialogue social au niveau des entreprises et des branches, grâce à l'expertise des acteurs, que les politiques de prévention seront adaptées aux situations de travail.

### L'empowerment des patients

L'efficacité des politiques publiques en matière de prévention doit tenir compte de la « construction sociale du risque » et de la distance sociale entre professionnels et usagers (refus de soins, mauvaise appréciation des besoins, etc.). De plus, l'appétence ou la défiance pour

<sup>57</sup> Cf. « Bouge...Une priorité pour ta santé ! » : cette action, créée par la Mutualité Française en 2008 et pilotée par elle, a pour but de favoriser la pratique régulière d'activités physiques et la lutte contre la sédentarité chez les élèves allant du CP à la terminale.

Voir aussi le programme *Attitude prévention* mis en œuvre par les adhérents de la Fédération française d'assurance ou le programme *Bouge avec les zactifs*, à destination du public scolaire.

<sup>58</sup> Un service en ligne téléphonique mis en place par certains OCAM permet aux assurés d'obtenir des conseils pour s'orienter efficacement dans le système de santé. Des sites Internet dédiés à la prévention ont été mis en place par la plupart des OCAM, avec des informations santé et des conseils de prévention. De la même façon, des applications mobiles sont parfois développées et mises à la disposition des assurés pour permettre aux utilisateurs de collecter des données relatives à leur activité (nombre de pas,

nombre de calories consommées ou perdues, temps de sommeil effectif, etc.), d'obtenir des conseils et/ou des orientations diagnostiques, de réaliser des scores, de bénéficier de coaching, de réaliser des défis ou des quiz...

<sup>59</sup> Cf. travaux sur l'articulation entre assurance maladie obligatoire et assurances complémentaires.

<sup>60</sup> Même si la part respective de l'assurance maladie, des OCAM et des usagers est disparate dans les trois secteurs.

<sup>61</sup> Des prestations de prévention ont d'ailleurs été identifiées au titre des « contrats responsables », qui prévoient la prise en charge au minimum de deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique.

<sup>62</sup> Cf. par exemple le programme *Entreprise territoire de santé* proposé par Malakoff Médéric.



la prévention concernent l'ensemble des citoyens, les usagers comme les professionnels (exemple de la vaccination)<sup>63</sup>.

De nombreux pays développent la démarche d'*empowerment* des patients, nouveaux partenaires dans le champ de la santé et singulièrement en matière de prévention. Encore faut-il s'assurer que la relation médecin-malade se transforme profondément et qu'elle envisage effectivement un partenariat avec les patients.

De nombreux exemples militent en faveur de l'implication, de l'association, voire de la co-décision du patient. Citons, entre autres, le cas des patients sous anti-coagulants qui adaptent eux-mêmes leurs doses. L'absence de codécision peut induire une mauvaise observance des prescriptions par le patient, qui ne suivra pas la prescription. Mais, à la différence de l'éducation thérapeutique du patient, forme de prévention sanitaire à destination des malades, l'éducation pour la santé désigne l'ensemble des moyens qui permettent d'aider les personnes et les groupes à adopter des comportements favorables à leur santé.

L'exemple de la vaccination, développé dans l'encadré ci-dessous, montre bien l'importance des stratégies d'intervention déployées, en particulier en situation d'adversité.

A côté du rôle des patients et de leurs associations, au-delà des formes instituées de représentation (Commission régionale de la santé et de l'autonomie ou Conseil territorial de santé), l'objectif pour demain est bien d'impulser une véritable participation citoyenne, notamment en proximité. Dans cette perspective, les outils numériques seront des atouts précieux (*Civic Tech*).

### L'exemple de la vaccination et la question de l'« hésitation vaccinale »

Contre les maladies infectieuses, l'action s'organise autour du trépied hygiène-antibiothérapie-vaccination. Au XX<sup>ème</sup> siècle, dans la suite de l'ère hygiéniste, on observe une massification de la politique vaccinale. Estimant les individus exposés à un niveau similaire de risque infectieux, la plupart des pays ont adopté des programmes élargis de vaccination. Ils ont permis l'obtention d'une large couverture vaccinale et le contrôle d'importantes endémies infectieuses.

La pratique de la vaccination universelle des enfants a permis la quasi-disparition de certaines pathologies de l'enfance (poliomyélite, diphtérie, rougeole). Pour autant, les agents infectieux responsables n'ont pas disparu et le maintien d'une couverture vaccinale élevée est nécessaire pour garantir un bon niveau de protection. En plus d'éviter les maladies, la vaccination diminue le portage et assure une « bulle vaccinale » contribuant à protéger les plus faibles, ainsi que le recours aux antibiotiques (et donc à préserver l'efficacité des antibiotiques) en diminuant le risque de surinfection bactérienne.

La France est aujourd'hui l'un des pays où la défiance à l'égard des politiques vaccinales est la plus forte. L'« hésitation vaccinale », en contribuant à fragmenter l'offre vaccinale, conduit à un relâchement de la couverture et certaines infections réapparaissent (exemple de la résurgence des cas de rougeole en France ces dernières années).

Les causes de l'hésitation vaccinale sont nombreuses. L'individu, en raison des externalités positives induites par la vaccination de ses semblables, peut par exemple juger sa contribution à l'action collective de vaccination inutile et décider de ne pas y participer. Les réponses à cette attitude peuvent être de deux ordres :

- coercitives, contraignant l'individu à se soumettre à une obligation vaccinale ;
- informationnelles, afin d'amener les individus à modifier leur balance coût/avantage et à se faire vacciner.

La concurrence informationnelle peut aussi justifier le développement de campagnes d'information selon une approche de marketing social. Ainsi, les enjeux ne consistent pas seulement en la mise à disposition d'un site Internet grand public pédagogique ; il s'agit aussi de développer des stratégies appropriées sur les réseaux sociaux, en vue d'exercer une forme de contre-lobbying.

<sup>63</sup> Les professionnels de santé eux-mêmes sont concernés lorsqu'ils sont dans la situation de patients... Les médecins ne se soignent pas comme les autres. 80% n'ont pas de médecin personnel. Se livrer aux soins d'un confrère est difficile, du fait d'une

éducation inappropriée dès le début de la formation. D'où la campagne organisée par le Collège français des anesthésistes réanimateurs : [www.cfar.org/didoc/](http://www.cfar.org/didoc/)

## La gouvernance de l'action publique

### L'organisation nationale

Qu'en est-il de l'organisation propre au ministère de la Santé au niveau national ?

La *Stratégie nationale de santé* et la définition du *Plan national de santé* qui en serait l'expression programmatique décrivent assez bien le rôle du ministère de la santé au niveau central, à savoir réunir les éléments d'une stratégie et décrire les moyens afférents, en l'occurrence dans le champ de la prévention<sup>64</sup>.

Le pilotage national et le suivi de la programmation relèvent pour leur part, en bonne logique (d'agence<sup>65</sup>), des opérateurs dont ce doit être la mission : l'Agence nationale de santé publique, les opérateurs spécifiques (type INCA), l'assurance maladie (dans le domaine de la prévention médicalisée et de la santé au travail notamment) mais aussi aux opérateurs des autres ministères : la santé à l'école doit par exemple à l'évidence figurer parmi les priorités d'action d'une *Stratégie nationale de santé*, l'investissement à conduire doit relever d'un *Plan national de santé* mais les moyens mobilisés à l'intérieur de l'institution scolaire peuvent continuer de relever du ministère de l'Éducation nationale, à charge pour lui de mettre en œuvre le programme d'action concerté pour le compte du gouvernement.

### L'organisation territoriale

Si on laisse de côté les actions de portée nationale (en matière de législation et de réglementation, en matière de fiscalité ou pour ce

qui est des campagnes nationales), la dimension territoriale de l'action publique est bien entendu essentielle.

On considère ici les actions qui relèvent du ministère de la Santé<sup>66</sup>, autrement dit des actions de prévention et de promotion de la santé « classiques » (prévention médicalisée, actions de prévention vis-à-vis de déterminants tels que l'alcool<sup>67</sup>, le tabac ou les drogues...).

Pour leur conduite, plusieurs territorialités se superposent<sup>68</sup> :

- il y a les territoires de l'ARS, la construction territoriale en question portant souvent l'empreinte des compétences détenues par ailleurs par l'ARS pour l'organisation de l'offre de soins ;
- il y a la territorialité propre aux collectivités locales, qui dépend de la construction institutionnelle prévalant sur le territoire, c'est-à-dire des compétences des collectivités (commune, département, région) et des politiques de celles-ci, c'est-à-dire aussi des compétences détenues et exercées par les organismes de regroupement<sup>69</sup>. Au-delà des territoires et des compétences, au-delà de la volonté de prendre véritablement en charge la compétence, la mobilisation de l'action publique en santé dans les collectivités dépend enfin fondamentalement des capacités d'ingénierie (en termes d'analyse des besoins et de l'offre et en termes de management de projet) ;
- il y a enfin la territorialité propre aux professionnels de santé, avec là aussi des périmètres institués (autour des Unions régionales de professionnels de santé – URPS), des territoires fonctionnels (en

<sup>64</sup> Description des tendances épidémiologiques, évaluation des menaces et des risques, définition de priorités stratégiques et de priorités opérationnelles, appréciation des moyens d'action disponibles, en fonction notamment de l'organisation des acteurs mais aussi des retours d'expérience et des évaluations....

<sup>65</sup> Cf. Conseil d'Etat, *Etude annuelle 2012, Les agences : nouvelle gestion publique*, La documentation française, 2012.


<sup>66</sup> Cf. infra les actions au niveau intersectoriel.

<sup>67</sup> Voir le rapport de la Cour des comptes sur les « consommations nocives d'alcool » :

<http://www.ccomptes.fr/Actualites/Archives/Les-politiques-de-lutte-contre-les-consommations-nocives-d-alcool>

<sup>68</sup> Comme le souligne Thierry Lang, cette notion de territoire est complexe, selon qu'il s'agit d'un territoire géographique, administratif ou d'un territoire de mobilité personnelle, qui n'est pas celui de la résidence et qui est plus ou moins étendu suivant les territoires et les catégories sociales. Ce territoire de mobilité est celui qui permet l'accès aux services. Il y a donc une interaction entre le territoire « entité géographique » et la façon de l'habiter qui devrait être un élément de réflexion dans l'offre de prévention.



<sup>69</sup> Communautés de commune, d'agglomération et désormais métropoles, lesquelles au contraire des communautés vont intervenir en substitution des autres collectivités existantes sur les territoires considérés.



fonction des zones de recrutement de patientèle et des organisations économiques instituées) et des territoires de projets (ceux des maisons de santé pluri-professionnelles ou des communautés professionnelles territoriales de santé).

Face à cette diversité territoriale, il importe de se doter de quelques principes d'action :

- la nécessité de développer la connaissance mutuelle et les liens de confiance entre les différents acteurs (ARS, élus locaux, professionnels de santé, assurance maladie) : interconnaissance et confiance ne sont pas forcément les caractéristiques qui ressortent spontanément lorsqu'on interroge les acteurs de part et d'autre ;
- face au risque d'une prévention et d'une promotion de la santé trop médico-centrées, des instances opérationnelles mixtes regroupant les professionnels de santé et des professionnels issus du secteur social ou médico-social, ainsi que les usagers, pourraient jouer un rôle intéressant sur le territoire et concrétiseraient une vision élargie de la première ligne de soins ;
- l'intérêt qu'il peut y avoir à unifier organisation territoriale et programmation stratégique : bien évidemment, il peut y avoir distorsion entre la logique fonctionnelle du territoire de santé (les zones de « recrutement » de patientèle, les parcours des patients...) et les frontières instituées. Ceci dit, au-delà de cette dimension fonctionnelle, le premier pas pour aller au-devant des autres acteurs du territoire n'est-il pas de travailler dans la même territorialité<sup>70</sup> ?
- de même qu'il importe de raisonner sur des espaces communs, il convient de distinguer scrupuleusement les dispositifs selon qu'ils ressortissent de compétences détenues en propre ou de logiques de coopération. Le jugement porté sur les Contrats locaux de santé (CLS) est assez symptomatique de l'ambiguïté des relations au sein du triptyque ARS – collectivités locales – professionnels de santé :



dans certains cas, ils seront largement utilisés par les ARS dans une logique d'organisation territoriale des soins ; certaines ARS en font même le vecteur principal de leurs relations territoriales, au risque parfois de bousculer les compétences détenues de part et d'autre ; dans d'autres cas, plus nombreux sans doute, ce sont des dispositifs frontières entre l'ARS et les collectivités, facilitateurs de coopération mais dénués de moyens, en dehors du financement du dispositif d'interface (au même titre que les Contrats locaux de prévention de la délinquance, dans le domaine de la sécurité).


Tout ceci n'est au fond que le résultat d'une triple incertitude :

- de l'ARS quant à sa capacité à incarner la santé dans toute les politiques (cf. infra) et à aller au-delà de la mobilisation des moyens qu'elle détient en propre ou sur lesquels elle a la main (ce que ne se privent pas de faire d'autres services déconcentrés de l'Etat au niveau régional) et de sa capacité à jouer le rôle d'« architecte » des stratégies de prévention sur les territoires, en facilitant notamment la diffusion de l'innovation ;
- des collectivités locales, de leurs regroupements et des nouvelles collectivités (métropoles) quant à leur capacité et leur légitimité à prendre les compétences santé, traditionnellement exercées par l'Etat mais qu'elles sont désormais en situation de mettre en œuvre du fait d'un triple mouvement : le désengagement de l'Etat sur le territoire (en termes de moyens d'intervention), la pression de la population en termes d'accès à la santé et le poids de la valeur santé dans le ressort d'autres politiques (la pollution de l'air et l'urbanisme ou les transports par exemple) ;
- des professionnels de santé enfin, écartelés entre disposition à agir dans le champ de la prévention, moyens disponibles pour le faire et incertitudes quant à la dévolu-

<sup>70</sup> Pour certains interlocuteurs, il ne faut pas exagérer l'importance de ces distorsions territoriales : avec les outils informatiques assez courants désormais disponibles, avec en plus l'ouverture du *Système national des données de santé*, il paraît assez aisé

de reprendre les mêmes données pour produire des indicateurs sur des territoires de dimensions voisines, mais dont les délimitations sont variables.





tion des compétences entre ces professionnels en matière de prévention et de promotion de la santé. D'où l'importance de reconnaître aux professionnels organisés, à travers les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé, une responsabilité sur le territoire et en population en matière de santé publique. Cette organisation stable, sur des périmètres fonctionnels proposés par les acteurs de terrain, est une condition à la mise en place de financements pérennes.

### La dimension interministérielle

Au fond qui est responsable de la « santé globale » ? Qui est responsable de la protection de la santé des populations ?

Le ministère de la Santé a certes une place privilégiée mais il n'a pas la main sur quantité d'outils majeurs, dans le champ de la santé environnementale ou de la santé au travail par exemple.

Au niveau national, les ministères ont souvent une logique « propriétaire » : la santé au travail relève du ministère du Travail, la santé à l'école du ministère de l'Éducation nationale, etc.

Ce principe des frontières, des territoires ministériels est certes battu en brèche. Les juges ont ainsi pu incriminer les responsables du ministère de la Santé sur des dossiers, dont la gestion principale relevait de tiers. L'opinion publique, de son côté, fait fi des frontières institutionnelles et fait volontiers du ministre en charge de la santé le premier interlocuteur... et le premier responsable dès qu'il est question de santé.

Le sujet des moyens est souvent prégnant derrière les conflits de compétences... même si, en l'espèce, la préservation des services en question serait souvent mieux assurée par des rapprochements ou un effort de mutualisation.

Telle ou telle situation a pu pousser à l'action : on pense au partage des responsabilités, qui

ne va certes pas sans heurts, entre le ministère de la Santé et le ministère de la Justice, s'agissant du monde pénitentiaire, où la situation a pu s'améliorer à la faveur du renforcement des prérogatives du ministère de la Santé.

Le ministère de la Santé a affirmé ses prérogatives dans le champ de l'évaluation des risques et de la sécurité sanitaire<sup>71</sup>.

Il n'en va pas de même dans le champ de la santé publique, où il peine à affirmer une prééminence.

Les limites de l'action transversale se voient notamment lorsqu'on considère le fonctionnement concret des organisations dédiées à l'interministérialité en santé, au plan national comme au niveau régional.

Au plan national, le Comité interministériel pour la santé (CIS) créé en 2014 s'est réuni pour traiter de la question de l'antibio-résistance. Son action doit aujourd'hui être élargie et appuyée sur des moyens suffisants. Un tel comité doit à l'évidence avoir une vocation double :

- prendre en charge en routine un certain nombre de thématiques de portée interministérielle, dans le cadre de la *Stratégie nationale de santé*, non pas pour en tirer un énième plan ou programme d'action ponctuel mais pour traiter au fond les problèmes, lever les blocages, bâtir un langage commun et une doctrine d'action partagée ;
- travailler au fond sur un certain nombre de sujets à documenter : comment comptabiliser les moyens ? Comment mettre en œuvre des études d'impact sur la santé<sup>72</sup> ou des analyses coût-bénéfice comparées ? Comment déployer de l'évaluation *ex post* ?... Il y aurait là une façon efficace de lutter contre les logiques sectorielles, qui viennent parfois de ce que chacun, chaque ministère en l'occurrence, aborde les sujets avec des méthodes spécifiques.

---

<sup>71</sup> Il l'a fait par le biais d'organismes tiers (les agences sanitaires), dont la tutelle a dû être partagée... mais, quelles que soient les prérogatives des uns et des autres, la valeur santé y a été considérablement rehaussée, en matière d'évaluation des risques

comme en matière d'action préventive ou réparatrice, sans toutefois que les avancées se fassent de façon homogène dans les différents domaines et sur les différents dossiers.

<sup>72</sup> Le CIS pourrait d'ailleurs avoir la responsabilité de déployer les études d'impacts sur la santé.

Un autre rôle du CIS pourrait être de faciliter les « circuits courts » dans les relations avec la sphère scientifique, dans une logique de veille. Prendre en charge précocement telle ou telle problématique émergente dans un registre commun serait assurément une façon de contrecarrer les tendances centrifuges de la gestion en « silos ministériels »<sup>73</sup>.

Le Comité permanent restreint du CIS, présidé par le Directeur général de la santé, devrait être l'opérateur clé de ce travail, dans ces deux dimensions.

#### **Le Comité interministériel pour la santé**

Le Comité interministériel pour la santé (CIS) a été créé par le décret n°2014-629 du 18 juin 2014 et a pour mission de suivre l'élaboration et la mise en œuvre des plans ou programmes d'actions qu'élaborent les ministres dans le cadre de leurs attributions, lorsque ces mesures sont susceptibles d'avoir un impact significatif sur la santé et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Il doit également veiller à ce que l'articulation des politiques publiques en faveur de la santé soit développée au niveau régional.

Les travaux du comité s'appuient sur un comité permanent restreint. Les moyens de l'équipe assurant le secrétariat du CIS confié à la DGS, doivent être renforcés et considérés en rapport avec ces missions, en termes de ressources humaines et de crédits d'études.

Au niveau régional, il existe également des commissions censées représenter la dimension intersectorielle des politiques<sup>74</sup>. Il n'existe pas de bilan global de leur action. Il semble à ce niveau que l'action bilatérale (de l'ARS avec le rectorat, avec la DIRECCTE<sup>75</sup> ou la DREAL<sup>76</sup>) soit plus efficace que les commissions en question. Encore faut-il que l'ARS ait la faculté d'affirmer ses prérogatives en

<sup>73</sup> Et de rapprocher certaines questions de l'expérience des professionnels : exemple de l'impact environnemental des médicaments.

<sup>74</sup> Au niveau régional, la Loi *Hôpital, Patients, Santé, Territoire* a instauré en 2009 au sein des ARS (décret n° 2010-346 du 31 mars 2010), deux commissions de coordination des politiques publiques de santé, dont l'une est chargée de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile. L'article D.1432-1 précise la liste des membres de la commission de coordination qui inclut les représentants de l'Etat compétents, des représentants des collectivités territoriales (conseil départemental, représentants de commune ou de groupements de communes) et des représentants des organismes de sécurité sociale.

termes de « santé globale » et de promotion de la santé, ce qui n'a rien d'évident pour certains interlocuteurs, qui cantonnent volontiers son action dans les champs de l'organisation des soins et de la prévention médicalisée.

#### **Prévention et santé au travail**

L'employeur est responsable de la santé et de la sécurité de ses salariés. D'où une pratique ancienne de la prévention.

Le besoin de prévention est, il est vrai, considérable dans le champ de la santé au travail. Des données par secteur d'activité, taux ajustés sur le sexe et l'âge seraient d'ailleurs utiles pour conforter nos connaissances.

La fréquence et la gravité des accidents du travail diminuent dans le temps mais les causes sont rémanentes. Pour la CNAMTS (18 millions de salariés couverts au sein de la branche AT-MP), les accidents liés à la manutention manuelle (53% des sinistres), aux chutes (25%) et à l'outillage à main (9%) sont les plus fréquents. Les troubles musculo-squelettiques (TMS) représentent une large part des maladies professionnelles reconnues mais le dispositif d'indemnisation reflète de façon très imparfaite la réalité. En 2015, 1 804 cancers ont été reconnus et indemnisés au titre des maladies professionnelles (pour la plupart causés par une affection liée à l'amiante) alors que l'incidence des cancers d'origine professionnelle est estimée entre 11 000 et 23 000 cas par an (source InCA).

Une problématique émergente concerne aujourd'hui le secteur des soins à la personne : le taux de sinistralité de ce secteur est aujourd'hui plus élevé que celui du BTP<sup>77</sup>. Ces résultats plaident pour un renforcement de l'incitation à la prévention pour les petites entreprises concernées, de 10 à 20 salariés, qui concentrent une sinistralité importante<sup>78</sup>.

Cette commission a pour mission d'assurer la complémentarité des stratégies institutionnelles en matière de prévention. Elle est censée répondre au constat de la diversité des acteurs et des financeurs de la prévention au niveau local en : (i) organisant la mise en commun de données pour l'établissement de diagnostic partagé, (ii) contribuant à l'élaboration des PRS, (iii) favorisant la complémentarité des actions et des modalités de cofinancement.

<sup>75</sup> Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi.

<sup>76</sup> Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement.

<sup>77</sup> Le travail de prévention réalisé au fil des ans dans le secteur a eu un impact notable sur la sinistralité.

<sup>78</sup> Ce qui pose la question des modes de tarification. Trois modes de tarification sont en vigueur (le calcul de taux « bruts » pour les

La CNAMTS met en œuvre des programmes de prévention spécifiques<sup>79</sup> : contre les TMS, contre les chutes dans le BTP ou contre l'exposition aux cancérogènes identifiés. Quatre CMR et secteurs d'activité ont par exemple été ciblés : fumées de soudage dans la chaudronnerie, le perchloroéthylène dans les pressings, les émissions de moteur diesel (EMD) dans les centres de contrôle technique et le styrène dans la plasturgie et le nautisme.

Des évolutions sont aussi nécessaires pour intégrer travail, santé et environnement dans une vision élargie de « santé globale ». L'attente sociale impose de plus en plus aux entreprises et au travail d'améliorer la qualité de vie, de « fabriquer du bien-être ». Le concept de responsabilité sociale s'applique à la santé au travail et vise à faire reconnaître que les entreprises n'assument pas suffisamment leurs responsabilités (logique « pollueur-payeur »), ou à l'inverse qu'elles peuvent en assumer au-delà des seules exigences réglementaires (logique d'« entreprise promotrice de santé »).

Pour stimuler l'intérêt à agir pour les entreprises, le moteur de la rationalité économique est un levier puissant. La santé au travail est en effet un vecteur de performance économique. De nombreux travaux (cf. calcul de retour sur investissement<sup>80</sup>) attestent de la pertinence, pour une entreprise, de mener des actions de prévention à destination de ses salariés.

Face à ces besoins nombreux, la capacité de réponse par l'offre professionnelle (médecins et infirmier(ère)s) est posée depuis de nombreuses années, en termes de démographie (celle des médecins du travail étant particulièrement sinistrée) et d'attractivité, d'organisation et de répartition des tâches et donc de priorisation de l'activité des professionnels de santé au travail.

Au total, consolider les dispositifs de programmation en matière de santé publique constitue un enjeu majeur. En effet, des outils de nature

différente – d'ordre réglementaire (obligations, restrictions ou interdictions), informationnels (campagnes de prévention, étiquetage nutritionnel, éducation pour la santé) ou incitatifs (taxation), etc. – nécessitant l'intervention de diverses compétences dispersées au sein de l'appareil de l'État, doivent pouvoir être mobilisés en faveur d'objectifs communs.

Selon les cas, selon les outils, les supports et les promoteurs seront évidemment très diversifiés : le ministère de la Santé sera ainsi d'autant plus présent en tant que promoteur que l'on se situera dans le champ du code de la santé publique, avec les moyens qui sont les siens ou ceux mobilisables via l'assurance maladie... et d'autant plus éloigné de ses bases que l'on utilisera des outils tels que les taxes ou les accises (sur le tabac ou l'alcool notamment), domaine dans lesquels le ministère de la Santé est en situation de proposer mais doit – au mieux – partager la décision. Bien souvent (cf. infra la partie évaluation), la dispersion de l'action publique entre les ministères fait que l'on n'est pas en situation de comparer la performance et l'efficacité des différents types d'outils. Le développement de l'expertise en ce domaine devrait être une priorité du CIS.

## L'évaluation

Reste la question de l'évaluation. Aujourd'hui, mais la situation prévaut depuis longtemps, le secteur de la santé, et plus précisément celui de la prévention, est largement défaillant dans le domaine de l'évaluation des dispositifs d'action publique<sup>81</sup>.

Pourtant, personne ne soutiendra que la prévention et la promotion de la santé doivent faire exception et que l'évaluation ne doit pas

sinistres « imputables ») : (i) des taux collectifs par code risque (dépenses / MS) pour les entreprises de 1 à 19 salariés ; (ii) des taux individuels pour les entreprises de plus de 150 salariés : somme des coûts moyens (par CTN et indice de gravité) / masse salariale des entreprises ; (iii) un mix des deux, entre 20 et 150 salariés.

<sup>79</sup> On évoquera aussi le rôle d'opérateurs comme l'ANACT (Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail).

<sup>80</sup> <http://www.eurogip.fr/fr/actualites-eurogip/4560-prevenir-les-risques-professionnels-un-enjeu-economique-pour-l-entreprise>.

<sup>81</sup> La situation du ministère de la Santé n'est pas isolée, D. Bureau y voit même un phénomène assez général : « Force est de consta-

ter que la tendance générale est plutôt un processus de régression, se nourrissant de quatre ingrédients : l'absence d'appétence des décideurs politiques pour l'évaluation des politiques publiques ; un déficit de compétences au sein de l'État, notamment pour aborder les nouveaux domaines et réaliser les investissements nécessaires pour y adapter les méthodologies disponibles ou en développer de plus appropriées ; le refus fréquent de fournir des références pour pondérer les coûts et avantages, au motif que cela ne relèverait nullement de l'expertise économique ; et, aussi, une dégradation de la qualité des évaluations produites dans les domaines traditionnels, exacerbant le soupçon de technocratie et contribuant sans doute aux impasses observées à-propos de différents projets d'aménagement » in « Pour l'évaluation de l'efficacité des politiques publiques », note pour France stratégie, 2017.

sous-tendre l'action publique et conditionner l'investissement public.

Les interventions<sup>82</sup> doivent *a priori* être évaluées selon les standards de l'*evidence-based decision* incluant des études médico-économiques, des analyses d'impact budgétaire, des analyses coûts-bénéfices – ACB<sup>83,84</sup>, etc. D'où évidemment l'importance de pouvoir mobiliser les données de santé.

Mais quelles sont au fond les finalités de l'évaluation ? Définir des priorités d'action, compte tenu du fardeau des maladies et compte tenu de la performance attendue ou révélée de la politique en question, hiérarchiser des modalités d'intervention, qualifier des innovations techniques, organisationnelles.

Encore faut-il s'entendre sur les différents niveaux auxquels considérer l'évaluation : la politique, le programme, l'action.

### Premier niveau : l'évaluation de politique

« *Évaluer une politique, c'est rechercher si les moyens juridiques, administratifs ou financiers mis en œuvre permettent de produire les effets attendus de cette politique et d'atteindre les objectifs qui lui sont fixés* » (décret du 22 janvier 1990 relatif à l'évaluation des politiques publiques).

Qui conduit aujourd'hui des évaluations de politique ?

Dans le champ de la santé publique, les évaluations de politique sont rares : la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques des ministères sociaux (DREES) peut être amenée à mettre en place des études à vocation évaluative ; le Haut conseil de la santé publique s'est pour l'essentiel consacré à l'évaluation de programmes et de plans (*cf. infra*) ; en dehors de l'IGAS, la Cour des comptes est le principal opérateur

concourant à l'évaluation des politiques de santé, à l'occasion du rapport annuel sur la Sécurité sociale ou de rapports particuliers, ou encore à la demande des commissions parlementaires, particulièrement depuis la réforme constitutionnelle de 2008<sup>85</sup> ; des travaux de recherche peuvent également contribuer à la connaissance des politiques.

De fait, il n'y a pas de dispositif institutionnalisé en matière d'évaluation des politiques de santé : les évaluations interministérielles des années 1990-2000 sur la loi Evin ou sur la politique de lutte contre le sida n'ont pas eu de postérité. Les effets sur la santé des politiques peuvent néanmoins – et de façon paradoxale – être pris en compte dans des évaluations de politique diligentées par d'autres ministères<sup>86</sup>.

Quelles sont les voies de progrès ?

- Clarifier la doctrine (notamment en termes d'indépendance de l'évaluation). Il faut être clair : la même instance ne peut pas définir la stratégie et conduire l'évaluation. De ce point-de-vue, la rédaction de l'article L1411-4 du code de santé publique définissant les missions du Haut conseil de la santé publique (modifiée par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016) ne manque pas d'étonner : « *Le Haut conseil de la santé publique a pour missions 1° de contribuer à l'élaboration, au suivi annuel et à l'évaluation pluriannuelle de la Stratégie nationale de santé* » ;
- Définir l'organisation de l'évaluation : il faut pour cela un dispositif d'instruction souple (qui instruit les projets ? Qui s'assure de leur faisabilité et de la robustesse des moyens envisagés ? Qui décide du lancement des évaluations ?) et un dispositif de mise en œuvre, lui aussi adaptatif (l'évaluation pouvant se faire « en régie » au sein de l'organisme en charge, être ex-

<sup>82</sup> Au-delà d'un seuil à définir.

<sup>83</sup> « *L'ambition de l'ACB est de mesurer concrètement cette utilité sociale des dépenses publiques, et de rendre cohérent les arbitrages collectifs compte tenu du fait que les ressources disponibles sont limitées. A cette fin, l'outil du « calcul économique » intègre de nombreuses dimensions, financière, environnementale, sociale, sanitaire, etc., mais aussi des temporalités différentes, le court, le moyen, le long et le très long terme, et des groupes spécifiques de populations. Comme le souligne Luc Baumstark, c'est un outil pour alimenter la réflexion collective et les échanges, et*

*aider par-là aux résorptions potentielles des désaccords, créer du consensus dans la société sur tel ou tel sujet* ». (D.Bureau)

<sup>84</sup> Se pose aussi la question des compétences à constituer chez les professionnels de santé en ce qui concerne la maîtrise de ce type d'outil.

<sup>85</sup> Cf. par exemple, Cour des comptes, *Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool*, juin 2016.

<sup>86</sup> A la différence du ministère de la Santé, le ministère de l'Environnement s'est volontiers prêté dans la durée aux travaux d'évaluation ministériels et interministériels.



ternalisée sur un tiers (une équipe de recherche), avec ou sans collectif d'évaluation ad hoc ; la question de la bonne temporalité est cruciale (il faut notamment disposer du recul nécessaire pour mesurer des impacts en population) ;

- Renforcer les moyens du ministère de la Santé – en l'occurrence la DREES – pour ce qui est des ressources propres d'évaluation des politiques de santé (évaluations *ex post*, évaluations d'impact sur la santé, analyses coût-bénéfice)<sup>87</sup> ;
- Renforcer les ressources de l'évaluation au niveau interministériel : rôle de France Stratégie notamment.

A partir du moment où il existera une *Stratégie nationale de santé*, où l'action publique sera consolidée dans un *Plan national de santé*, l'évaluation des politiques de santé publique, considérée globalement ou par grand domaine, prendra tout son sens et l'organisation envisagée ci-dessus pourra être déployée. En l'état actuel des choses, l'évaluation de politique, dans bien des cas, s'avère très lourde et complexe, quand elle n'est pas tout simplement irréalisable, du moins si l'on veut aller au-delà des considérations de mise en œuvre et mesurer l'impact<sup>88</sup>.

## Deuxième niveau : l'évaluation de programme

Dans le contexte français, l'évaluation de programme est principalement à l'œuvre en matière de plans de santé publique ou pour ce qui concerne l'action d'opérateurs nationaux (CNAMTS ou agences), parfois dans un cadre interministériel.

Qui conduit aujourd'hui de tels travaux ?

La HAS réalise des évaluations de programmes *ex ante*. La loi du 13 août 2004 modifiée par la loi du 21 décembre 2006 (art.

L161-40 du CSS) précise ses missions en la matière : « *Au titre de sa mission d'évaluation de la qualité de la prise en charge sanitaire de la population, la Haute Autorité de santé est chargée : (...) - 2°bis : de rendre un avis sur la liste des consultations médicales périodiques de prévention et des examens de dépistage mis en œuvre dans le cadre des programmes de santé visés à l'article L.1411-6 du code de la santé publique – 3 : 3° d'évaluer la qualité et l'efficacité des actions ou programmes de prévention, notamment d'éducation pour la santé, de diagnostic ou de soins* ». En pratique, les travaux de la HAS en matière de prévention portent largement sur les stratégies de dépistage, notamment les stratégies médicalisées susceptibles d'être financées en partie par l'assurance maladie. Il faut noter que les missions de la HAS ont été récemment élargies à la vaccination.

Il serait cependant inexact de limiter les travaux de la HAS à la prévention médicalisée, puisque des stratégies de prévention primaire ont été également évaluées, notamment sur la prévention de la carie dentaire ou l'aide au sevrage tabagique.

Le Haut conseil de la santé publique a de son côté conduit un travail d'évaluation des plans de santé publique<sup>89</sup>, aussi bien pour ce qui concerne les programmes d'action structurés (pour lesquels l'évaluation était partagée : selon les cas, étaient mobilisés le HCSP, le Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES)<sup>90</sup> pour le volet « recherche », les corps d'inspection ministériels ou interministériels, des instances *ad hoc*, etc.) que pour ce qui est des plans de santé publique moins bien dotés. Il s'est dans ces cas de figure heurté aux limites exposées plus haut de la conception même de ces plans.

S'agissant de l'évaluation de programmes dans le cadre promu par cet avis, avec une responsabilité affirmée d'opérateurs de mise

<sup>87</sup> Comme l'écrit encore Dominique Bureau : « *L'organisation de la statistique publique, qui combine services statistiques ministériels et coordination méthodologique par l'Insee, pourrait servir d'inspiration étant noté : qu'il s'agit de missions différentes (la statistique est descriptive et répond à un principe d'accès ouvert et parfaitement équitable ; l'évaluation est normative et au sein de l'administration) ; mais que les deux missions peuvent se situer au sein des mêmes structures (cf. Dares, Drees, Depp), pour des raisons de masse critique, de métiers et de synergies, sous réserve*

*d'organisations tenant bien compte de leurs spécificités (garantisant notamment l'indépendance professionnelle de la statistique publique)* » in note pour France Stratégie citée *supra*.

<sup>88</sup> Sauf en ce qui concerne les grands plans structurés évoqués plus haut (PNSE...).

<sup>89</sup> Cf. HCSP, Séminaire du 11 décembre 2013 « De l'évaluation des plans à l'élaboration des politiques de santé publique » <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=382>.

<sup>90</sup> Ou avant lui l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur.

en œuvre, la conduite des travaux d'évaluation devrait se faire à leur niveau, en mobilisant, selon les cas, les inspections ministérielles concernées, des instances d'évaluation installées auprès des opérateurs (mais présentant les garanties requises en termes d'ingénierie, de méthode et d'indépendance) ou des équipes de recherche (cf. développements infra sur la recherche).

### Troisième niveau : l'évaluation des actions

S'il y a un consensus pour développer une prévention scientifiquement fondée sur les preuves, il convient de s'interroger sur le champ de l'évaluation : faut-il tout évaluer ? Cette question se pose en particulier pour les opérateurs dans le choix des stratégies d'intervention locale.

Les formes de l'évaluation des actions sont diversifiées :

- auto-évaluation ;
- évaluation par rapport à un référentiel de « bonnes pratiques » ;
- évaluation tutélaire, en particulier en lien avec un dispositif de financement, pérenne ou sur projet ;
- évaluation scientifique externe...

Le sentiment des acteurs est celui d'une grande disparité des pratiques en la matière, augmentant parfois la charge administrative, suscitant des interrogations du fait de certaines asymétries (évaluation parfois trop basique demandée aux expérimentations, surtout quand on compare aux procédures d'évaluation des expérimentations dans le domaine du soin et une « surévaluation » des interventions de routine, à qui on demande parfois d'avoir des indicateurs de résultats de santé, alors qu'en routine, c'est le respect des référentiels qui est important), renforçant enfin l'impression de précarité sur les moyens.

Face à ces constats et à l'image de ce que font d'autres pays (notamment le Royaume-Uni

avec les *What Works Centers*<sup>91</sup>), deux pistes méritent sans doute d'être explorées :

- importer et adapter des programmes validés ou prometteurs par le repérage des programmes efficaces dans la littérature internationale ;
- diffuser les initiatives et expérimentations locales qui font la preuve de leur efficacité.

#### Outiller les acteurs locaux : l'exemple du NICE

Depuis 2012 avec le *Health and Social Care Act*, s'est opérée au Royaume-Uni une déconcentration de l'action en matière de prévention et de promotion de la santé avec le développement d'une plus grande autonomie des « *local government* ». Cette déconcentration s'est accompagnée de la mise à disposition d'outils de décision pour les opérateurs. On peut distinguer deux types d'outils :

- des outils descriptifs (*local government brief*) qui déclinent des recommandations pour les décideurs locaux et qui répondent directement à la question : que pouvez-vous faire sur votre territoire en matière de santé publique, de prévention et de promotion de la santé ? Par exemple pour lutter contre le tabagisme ou pour promouvoir le dépistage du VIH...
- des outils économiques (*return on investment*) qui permettent de comparer diverses interventions possibles entre elles et de calculer leur coût sur un territoire : à partir de données préfigurées (l'utilisateur choisit son territoire d'intervention, la cible, son champ d'intervention - alimentation, activité physique, alcool, tabac,...), il est possible de calculer pour diverses interventions dûment référencées en termes d'efficacité, les retours sur investissement que l'on peut attendre de leur implémentation à différentes dates (1 an, 2 ans, 10 ans, vie entière), les gains en termes de santé (QALY), d'efficacité et de coûts nets sectoriels (santé, social, transports, productivité...).

Lorsqu'on fait le lien entre les interventions, la recherche (cf. infra) et la production de connaissances, il importe en effet de bien distinguer ce qui relève d'une démarche « *top down* », visant à transférer dans la pratique des programmes de recherche qui ont fait leurs preuves dans d'autres contextes (sous

<sup>91</sup> L'Agence nouvelle des solidarités actives a réalisé une étude des *What works Centers* (WWC) britanniques. En Grande Bretagne les WWC ont pour but de stimuler la réalisation de synthèses de littérature sur les interventions efficaces, le développement de la

recherche interventionnelle et la dissémination des innovations efficaces. *What Works Centers britanniques : quels enseignements pour des politiques fondées sur la preuve en France ?* Agence nouvelles des solidarités actives, mars 2017.

réserve de travailler les notions de transférabilité et de contexte, notions encore insuffisamment stabilisées) et ce qui relève d'une autre démarche « *bottom-up* », qui consiste à reconnaître la créativité et la diversité des actions de prévention et de promotion de la santé en France, menées par des collectivités territoriales, des associations, etc. La plupart d'entre elles restent méconnues et non évaluées. Des efforts sont faits pour les recenser. Il conviendrait de valoriser toute cette créativité non seulement en recensant les actions dans des bases de données, mais en dégagant les points positifs transférables de manière à assurer leur diffusion dans d'autres contextes (ce qui représente un gros travail). Un certain nombre de travaux sont en cours dans cette direction. C'est ici un des rôles essentiels de *Santé Publique France*.

### L'effort de recherche

Les enjeux de prévention sont aussi des enjeux de recherche. Pourquoi le tabagisme ne diminue-t-il pas dans les populations les moins favorisées ? Pourquoi a-t-on cette défiance vis-à-vis de la vaccination ? Pourquoi le recours aux dépistages organisés est-il en baisse ? Quelles sont les politiques urbaines qui pourraient favoriser l'activité physique des seniors ? En quoi les objets connectés pourraient être un outil de prévention ?, etc. La réponse à ce type de question doit permettre d'améliorer l'efficacité et l'efficience des politiques de prévention<sup>92</sup>.

On peut distinguer trois enjeux majeurs pour cette recherche<sup>93</sup>.

#### Premier enjeu : expliquer

Il s'agit en particulier d'identifier et de comprendre les chaînes causales complexes, les dynamiques au cours de la vie, les interactions entre facteurs individuels biologiques et comportementaux, environnementaux et sociaux,

les mécanismes biologiques qui conduisent à ce que des expositions se traduisent en phénomènes pathologiques. Il s'agit en particulier – au-delà de leur description – d'expliquer la genèse des inégalités sociales de santé. Ceci nécessite une approche de recherche interdisciplinaire associant les sciences de la santé<sup>94</sup> et les sciences humaines et sociales. Des expositions clefs pourraient être explorées : alcool, tabac, nutrition, en particulier leurs associations.

#### Deuxième enjeu : agir

Au-delà de la compréhension des déterminants de la santé, il s'agit aussi de développer et évaluer des interventions innovantes, quelle que soit leur échelle : actions locales, programmes, politiques – visant à modifier cet état des lieux. Cette recherche sur les interventions se doit d'être contextualisée, le résultat étant autant le fruit d'une intervention que du contexte socio-culturel et organisationnel avec lequel elle interagit. C'est tout l'enjeu du développement de la recherche interventionnelle en France, jugé prioritaire et faisant l'objet à ce titre d'une action coordonnée portée par AVIESAN, l'IRESP, l'ANRS et l'INCa et associant chercheurs, acteurs et décideurs.

#### Troisième enjeu : transmettre

La recherche en santé publique a une visée cognitive – c'est de la recherche, mais aussi opérationnelle. Cette recherche ne fait ainsi sens qu'en tant qu'elle est intégrée aux préoccupations des décideurs et des acteurs et transférée vers la pratique et la décision. Les projets Inspire-ID au niveau national et CER-RESP au niveau régional vont dans ce sens. Ces interactions entre chercheurs et décideurs sont indispensables<sup>95</sup>.

Sur ces thématiques, la France dispose de nombreuses équipes de recherche<sup>96</sup>, qui se


<sup>92</sup> Ainsi, la Feuille de route de la *Stratégie nationale de santé* suggérerait « d'accroître les contributions de la recherche en matière de définition et d'évaluation des politiques de sécurité sanitaire et environnementale et d'apporter des éléments aux débats sur l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience du système de santé et des politiques de santé publique et de prévention ». Dans la continuité, la *loi de modernisation de notre système de santé* a inscrit la recherche comme partie intégrante de la politique de santé.

<sup>93</sup> Les développements ci-dessous reprennent des éléments de rédaction proposés par François Alla.

<sup>94</sup> D'où l'importance du processus d'« universitarisation » de l'ensemble des formations en santé et du développement des travaux de recherche.

<sup>95</sup> Cependant, ce transfert de connaissances ne va pas de soi : qu'est ce qui fait que les praticiens, les décideurs utilisent ou non les connaissances issues de la recherche ?

<sup>96</sup> Environ 300 équipes réparties sur le territoire français sont labellisées sur une recherche prioritairement de santé publique.



mobilisent fortement pour répondre aux appels à projets de recherche en santé publique. Les équipes de recherche s'emparent des enjeux de santé publique dès lors que les priorités sont affichées et les ressources disponibles pour s'y consacrer. La soutenabilité des infrastructures nécessaires (telles que les cohortes et grandes bases de données) nécessite la mise en place d'un financement dédié. Il s'agit de donner la même impulsion pour la recherche en santé publique que ce qui a été fait pour la recherche clinique il y a 25 ans, à travers le *Programme hospitalier de recherche clinique* (PHRC)<sup>97</sup>. Un *Programme national de recherche en santé publique* pluriannuel concrétiserait l'investissement dans la prévention et permettrait :

- de renforcer et mettre à disposition les infrastructures nécessaires ;
- de consolider les efforts de recherche et d'innovation, par un guichet généraliste de financement sur projets à la hauteur des enjeux ;
- d'animer, de structurer et de coordonner les efforts de recherche dans la durée, particulièrement dans le champ des soins primaires.

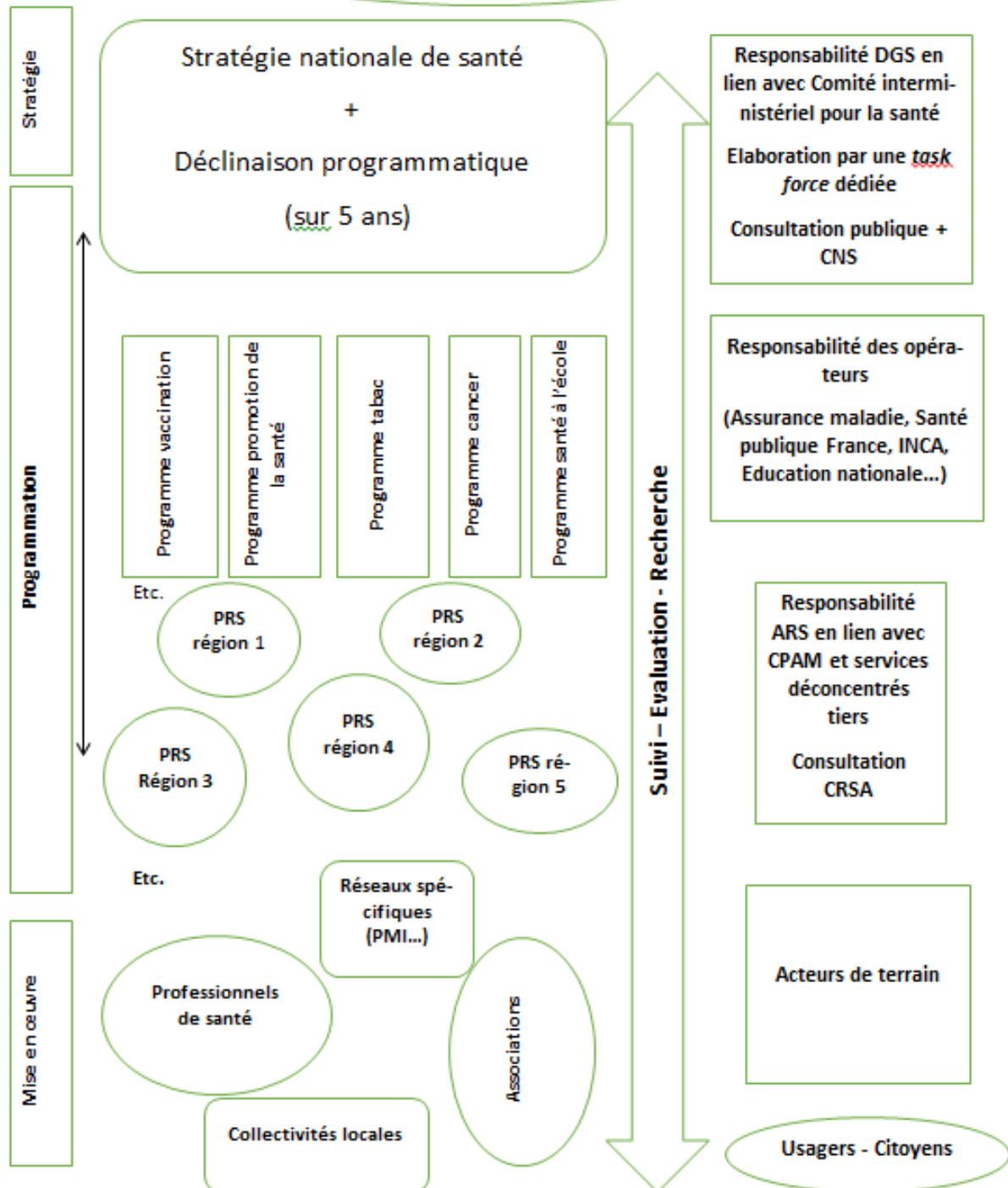
---

<sup>97</sup> On peut aussi évoquer l'extension à l'ambulatoire des programmes de recherche clinique.



SCHEMA CIBLE DE GOUVERNANCE

Stratégie nationale de santé, programmation et mise en œuvre dans le champ santé publique







**Ventilation des dépenses de prévention par financeur (sur la base d'une dépense estimée de 15,2 Mds € - Compte élargi de la prévention 2015 – DREES)**

Financeurs	Sécurité sociale	Collectivités territoriales	Etat	Secteur privé	FIR	Total
Prévention collective et individuelle	48%	11%	10%	29%	2%	100%
Prévention collective	13%	37%	44%	3%	3%	100%
Prévention individuelle	54%	7%	5%	33%	1%	100%





**La prévention dans le système de  
soins : organisation, territoires et  
financement**

***A partir de l'exemple de l'obésité***

**Avis adopté le 25 octobre 2018**





## Des politiques publiques peu opérantes en matière de prévention

### Un périmètre d'action très large

La prévention recouvre un champ d'intervention très large, qui s'étend de l'éducation à la santé à la sécurité sanitaire et dépasse largement le domaine d'action du seul ministère en charge de la santé pour mettre en jeu les politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion, les politiques de taxation et de redistribution, de l'emploi, du logement (lutte contre le saturnisme, qualité de l'air intérieur, bruit, etc.), l'aménagement du territoire et les transports (sécurité routière), l'environnement au travail (exposition à des substances toxiques, troubles musculo-squelettiques, risques psychosociaux...) ou encore l'alimentation et l'exercice physique.

En développant la prévention, on peut agir en amont sur les principaux déterminants des maladies chroniques et leurs facteurs de risque, au niveau individuel et collectif. Pour mémoire, dans le monde, 60% des décès et 45% de la charge de morbidité sont attribuables à des facteurs accessibles à la prévention.

L'objectif est d'améliorer l'état de santé de la population en termes de morbi-mortalité ainsi que la qualité de vie.

### Une priorité qui peine à se concrétiser

La prévention est régulièrement affichée comme une priorité de santé publique depuis les années 1990 mais peine à se concrétiser dans les faits et les résultats ne sont pas à la hauteur des enjeux, notamment en matière de réduction des inégalités<sup>98</sup>.

Si l'on souhaite analyser les causes d'échec en matière de prévention, l'ensemble des politiques publiques doivent être évaluées, no-

tamment les politiques intersectorielles (politiques nutritionnelles, politiques environnementales etc.).

Concernant le système de soins, on connaît les causes et les freins à la mise en place de politiques de prévention efficaces. Les trois principales raisons qui peuvent être évoquées sont relatives :

- à une organisation construite sur un modèle conceptuel biomédical et individuel : ce modèle ne permet pas de penser globalement les prises en charge en dehors d'un schéma séquentiel qui conduit à opposer prévention et soins, à hiérarchiser la place des différents acteurs et à considérer qu'une fois une maladie installée il n'y a plus rien à faire en termes de prévention ;
- à une dispersion des actions et des financements entre les champs sanitaire et médico-social, entre niveau national et niveau local : les actions sont multiples, plus ou moins adaptées aux contextes locaux, financées sur des budgets et des fonds non pérennes. Les organisations reposent en premier lieu sur des initiatives locales ce qui conduit à une organisation hétérogène sur le territoire, en « taches de léopard », facteur d'accroissement des inégalités sociales. Ces organisations peuvent par ailleurs concurrencer des dispositifs de coordination divers (infirmières « *Asalée* », plateformes territoriales d'appui...);
- à une distinction artificielle entre prévention et soins alors que l'activité de prévention ne peut se développer que pleinement intégrée aux soins. En termes cliniques, la distinction est en effet d'autant plus inopérante que la frontière entre soins curatifs et soins préventifs est floue, fondée sur une approche théorique qui peut paraître artificielle. Par exemple la prévention tertiaire relève de la prévention tout en participant aux soins curatifs ; différents actes médicaux, comme la mesure de la pression artérielle ou la mesure de la glycémie,

<sup>98</sup> Si l'on s'en tient aux principaux indicateurs de santé, la situation est mitigée. Certes l'augmentation continue de l'espérance de vie à la naissance et de l'espérance de vie après 65 ans place notre pays dans une position favorable mais d'autres indicateurs, liés à la prévention et la promotion de la santé et aux facteurs de morbi-mortalité évitable, sont plutôt médiocres. Dans un classement publié par le Lancet, prenant en compte 33 indicateurs liés à la

santé, la France arrive en 24<sup>e</sup> position. Les facteurs péjoratifs dans ce classement sont principalement évitables par la prévention : consommation de tabac et d'alcool, suicides...

<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2816%2931467-2>

ont une visée à la fois diagnostique dans un but curatif et préventive.

Les conditions d'intégration de la prévention dans la pratique des professionnels de santé ne sont pas réunies. Il en résulte un développement de la prévention sur un mode dérogatoire ou d'exception incompatible avec un déploiement à la hauteur des attentes et des enjeux.

Ce constat contraste fortement avec le niveau des dépenses de prévention qui est loin d'être négligeable puisque d'après les Comptes de la Santé établis par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), au moins 15 milliards d'euros ont été consacrés à la prévention en 2016<sup>99</sup>.

#### Les dépenses de prévention dans les comptes de la santé

La dépense de prévention non institutionnelle – à l'initiative des patients ou des professionnels de santé, hors programme de santé publique – représente au moins 9,1 milliards d'euros au sein de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en 2016, dont environ 42% sous forme de médicaments délivrés (antihypertenseurs, contraceptifs, etc.). Elle s'ajoute aux 5,8 milliards d'euros de dépenses de prévention institutionnelle financée ou organisée par des fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux (non comptabilisés dans la CSBM).

**Au moment où la prévention est affichée comme une priorité de la *Stratégie Nationale de Santé*, l'enjeu pour le HCAAM est de proposer un mode opératoire permettant la mise en place d'organisations rendant possible la prévention en routine, en dehors des dispositifs expérimentaux et dérogatoires, et de définir les conditions de réussite et de pérennisation du « virage préventif ». Une approche transversale englobant sanitaire et médicosocial doit être promue.**

**L'universalisation de la couverture maladie, de même que la reconnaissance aux professionnels de santé d'une compétence populationnelle et territoriale en**

<sup>99</sup> <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns18.pdf>

<sup>100</sup> [http://www.securite-soiale.fr/IMG/pdf/refonder\\_les\\_politiques\\_de\\_prevention\\_et\\_de\\_promotion\\_de\\_la\\_santevf07072017.pdf](http://www.securite-soiale.fr/IMG/pdf/refonder_les_politiques_de_prevention_et_de_promotion_de_la_santevf07072017.pdf)

**matière de prévention et de promotion de la santé, y invitent.**

## Un cadre politique clair pour conduire les actions sur le terrain

Seuls des programmes de prévention planifiés, aux objectifs explicites, contrôlés tout au long de leur réalisation et évalués, peuvent prétendre à une véritable efficacité<sup>100</sup>.

Sur ce dernier point, les recommandations du HCAAM en juin 2017 étaient les suivantes :

- Définir un cadre programmatique de santé publique clair et intersectoriel en se fondant sur le classement du fardeau des maladies (DALYs<sup>101</sup>) ;
- Promouvoir des organisations articulant l'intervention de différents acteurs dans les champs aussi bien sanitaire que social ;
- Déployer de façon concertée des actions aussi bien dans les lieux de vie que dans le milieu du travail et le système de soins ;
- Faire évoluer le périmètre de remboursement et les tarifs en cohérence ;
- Définir les périmètres d'intervention des organismes d'assurance maladie, de base et complémentaires en s'inscrivant dans des référentiels nationaux ;
- Réfléchir aux modalités de financement des professionnels et des structures existants, d'actions nouvelles, en s'appuyant sur des référentiels d'évaluation qui conditionnent le développement de ces prises en charge.

Pour approfondir les aspects organisationnels et les conditions de mobilisation des acteurs du champ sanitaire, le HCAAM a choisi de s'appuyer sur l'exemple de l'obésité.

<sup>101</sup> L'indicateur DALY quantifie la « charge de morbidité ». Il est la somme des années de vie perdues par mortalité prématurée et des années en bonne santé perdues par l'incapacité due à la maladie.

## Pourquoi le choix de l'obésité comme exemple traceur ?

1. L'enjeu de santé publique est considérable ; environ 10 millions de personnes en France sont obèses. Les facteurs nutritionnels, la sédentarité et l'obésité sont associés à un risque élevé de morbidité et de mortalité prématurée exprimé en termes de charge de morbidité ou « *burden of disease* » (DALYs). En France, selon l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), l'alimentation serait, en 2016, responsable de près de 8% des années de vie perdues ajustées sur l'incapacité (DALYs), la sédentarité de près de 1% et le surpoids et l'obésité de près de 7%.

En 2012, le coût social de la surcharge pondérale (surpoids et obésité) a été estimé à 20,4 Md€ dont 12,8 Md pour l'obésité seule<sup>102</sup>. Les travaux de projection montrent que la hausse des dépenses associée à l'accroissement du surpoids et de l'obésité pour l'assurance maladie (scénario central) serait de 0,7% du PIB d'ici à 2030.

2. Les inégalités sociales sont majeures et s'inscrivent dès le plus jeune âge. On sait que la prévention ne profite pas de la même façon aux différents groupes sociaux et cette assertion est particulièrement vraie pour l'obésité. Il existe un net gradient social avec une prévalence plus élevée et un accroissement plus rapide pour les groupes sociaux les moins favorisés, que l'on retrouve quel que soit l'indicateur utilisé : profession, niveau d'étude ou revenu du foyer, et cela de façon plus marquée chez les femmes et les enfants. L'obésité est presque 4 fois plus fréquente dans les populations socialement et économiquement défavorisées que pour les plus favorisés.

Ces inégalités sociales se doublent d'inégalités territoriales avec une situation particulièrement préoccupante dans les territoires ultramarins notamment en Martinique et en Guadeloupe.

3. La prise en charge actuelle de l'obésité est insatisfaisante, avec une multiplication d'actions ponctuelles, un éparpillement des initiatives, une absence de suivi des parcours, une forte proportion d'indications chirurgicales non pertinentes ou ne faisant pas l'objet du suivi recommandé après l'intervention<sup>103</sup>.
4. Nonobstant les coûts de mise en œuvre, les analyses économiques justifient que l'on s'intéresse à la prévention de l'obésité par le système de soins. D'après les travaux de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), l'intervention « *accompagnement intensif des personnes à risque dans le système de soins primaires* » est la plus efficace<sup>104</sup>.
5. Ce thème est un cas exemplaire pour traiter les problématiques qui se posent pour la prévention et la promotion de la santé et rendre possible la prévention en « routine » s'agissant en particulier de la prévention des pathologies chroniques qui devient un champ majeur de la prévention. L'analyse de la prévention et de la prise en charge de l'obésité permet de dessiner un système généralisable au-delà des problématiques nutritionnelles car elle mobilise (i) l'ensemble des acteurs du système de santé et au-delà à travers la promotion de la santé (actions sur les comportements et les environnements –cf. encadré), (ii) les pratiques cliniques préventives (dépistage de l'obésité, prescription de l'activité physique etc.), (iii) le soin curatif (prise en charge des conséquences métaboliques de l'obésité, etc.).

<sup>102</sup> Daniel Caby. Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ? Trésor-Eco n° 179 - Septembre 2016. <http://www.tresor.economie.gouv.fr/File/427684>.

<sup>103</sup> Rapport IGAS N°2017-059R. Situation de la chirurgie de l'obésité. Dr J. Emmanuelli, V. Maymil, P. Naves (IGAS), avec le concours de C-T. Thuong, interne en santé publique. Janvier 2018. 114p.

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article704>

<sup>104</sup> OCDE 2010. Franco Sassi. L'obésité et l'économie de la prévention. 292p.

<http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/l-obesite-et-l-economie-de-la-prevention-9789264084889-fr.htm>

## Des leviers d'action prioritairement collectifs

Pour agir de façon efficace sur les déterminants de santé et réduire l'incidence des maladies associées, il faut développer la santé dans toutes les politiques. Si l'on veut réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, il convient d'agir sur les « causes des causes » correspondant aux conditions socio-économiques, culturelles et environnementales influençant la société dans son ensemble. Une action coordonnée, au niveau interministériel, sur les déterminants sociaux, environnementaux, éducatifs, déterminants en matière de santé au travail, etc. est primordiale.

Il faut pouvoir agir au plus tôt et au plus près des personnes nécessitant une intervention et développer des actions de repérage précoce en mobilisant notamment le tissu associatif. Il faut également éviter les deux écueils concomitants d'une surmédicalisation et d'une sous-médicalisation et fournir les conditions permettant d'articuler le rôle des différents acteurs.

**Il faut lutter contre la tentation de substituer à une action collective traitant des causes sociales, une approche culpabilisante faisant peser sur les individus la responsabilité de leurs difficultés.**

Si l'on prend l'exemple de l'obésité on a donc besoin d'une stratégie globale qui fasse de la lutte contre l'obésité une grande cause nationale associant :

- Des leviers nationaux et supranationaux :
  - Règlementaires : taxation, réglementation sur la composition des aliments, information des consommateurs...
  - Visant à modifier les représentations de l'obésité dans la population et auprès des professionnels de santé<sup>105</sup> ;

- Visant à faire évoluer l'industrie agro-alimentaire et à lutter efficacement contre les lobbys<sup>106</sup> ;

- Une action territorialisée avec la création d'environnements favorables à la santé, par exemple l'aménagement urbain facilitant l'activité physique (cf. exemple des actions menées par la ville de Strasbourg en encadré) ;
- L'organisation d'une offre de prise en charge graduée en fonction des besoins et s'appuyant sur la diversité des acteurs ;
- L'information et l'éducation des citoyens visant à l'amélioration des compétences individuelles dès le plus jeune âge.

### Actions menées à Strasbourg pour la prévention de l'obésité<sup>107</sup>

Des actions conjointes sont menées dans les différents secteurs pour agir sur les déterminants de l'obésité le plus en amont possible et des dispositifs spécifiques sont mis en œuvre pour lutter contre les inégalités sociales.

#### Activité physique

- Aménagement urbain : parcours d'activités physiques urbaines « Vitaboucle » ;
- Sport-Santé sur ordonnance : expérimenté depuis 2012. L'équipe municipale a un rôle de case manager sur prescription médicale (critères d'inclusions : obésité, ALD...). L'accès est gratuit pour les bénéficiaires la première année et selon le coefficient familial les années suivantes ;
- Projet en cours : création d'une maison du sport-santé.

#### Alimentation

- Dispositif PRECOSS (Jardins santé et Paniers santé) qui s'adresse aux enfants obèses ou en surcharge pondérale et à leur famille ;
- Tarif solidaire dans les cantines ;
- Action de promotion du petit déjeuner dans les écoles avec les parents.

#### Promotion de la santé à l'école

Collèges- Lycées : Parcours éducatif en santé.

<sup>105</sup> Pour paraphraser le sociologue Thibault de Saint-Pol « une vision simpliste de l'obésité couramment répandue, en fait un problème univoque dont la source tiendrait à des traits de caractère » alors que l'obésité est plurifactorielle, génétique, métabolique, sociale et environnementale.

<sup>106</sup> Il est primordial de lutter contre les lobbys des industriels qui s'appliquent à minimiser leur rôle dans l'épidémie d'obésité qui sévit aujourd'hui en déplaçant l'action des politiques publiques

sur le terrain de la responsabilité individuelle. Il est possible d'agir notamment sur la réputation des entreprises (« name and shame »).

<sup>107</sup> Il s'agit d'un environnement et d'un contexte très favorable car la ville a gardé toutes les compétences en matière de santé publique : PMI, santé scolaire et possède un réseau municipal intégré qui permet un ancrage territorial stable à la fois dans l'espace et dans le temps.

## Les défis pour le système de santé

### Concrétiser une approche globale de la santé dans les stratégies territoriales

La santé a été définie positivement par l'OMS en 1948 comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social et non simplement l'absence de maladie ou d'infirmité* ». Malgré la diffusion et le succès du concept, une tension demeure toujours entre ce modèle de santé globale et le modèle biomédical.

Le problème tient en partie à la difficulté à intégrer une dimension collective dans la prise en charge des patients et à sortir du tropisme médicamenteux. C'est en effet le médicament qui représente le premier poste de dépenses de prévention à hauteur de 3,8 milliards d'euros en 2016.

Il convient de dépasser les pratiques isolées et opportunistes d'actes considérés comme de nature préventive (vaccination, dépistage, conseils hygiéno-diététiques...) en tenant compte du fait que l'approche collective n'est pas une sorte de massification de l'approche individuelle qui consisterait notamment à traiter un grand nombre d'individus à risque modéré ou faible par un abaissement des seuils d'intervention médicalisée.

En d'autres termes, la prévention collective, qui s'adresse à l'ensemble d'une population, sur un territoire par exemple, va s'intéresser au faible risque de tout un chacun de devenir malade et ambitionne de renforcer les chances de rester en bonne santé par des mesures généralement éducatives ou environnementales. La prévention du haut risque est quant à elle ciblée et plus souvent médicalisée. Les deux types d'intervention sont nécessaires et doivent être articulées dans une stratégie globale.

### Articuler les acteurs sanitaires et sociaux pour réduire les inégalités de santé

Notre système est porteur d'inégalités : conditions de vie et de travail ayant une influence sur les états de santé, transmission de normes sociales en matière de comportements de santé, recours au système de soins différenciés selon les catégories sociales notamment pour les dépistages des cancers, ... Comme en témoignent les principaux indicateurs de santé (mortalité prématurée, espérance de vie<sup>108</sup>...), ces inégalités sociales de santé se doublent d'inégalités territoriales<sup>109</sup>.

Lutter contre les inégalités sociales implique de penser la prévention de telle sorte que les actions qui seront menées les réduisent. Pour agir efficacement dans cette perspective, la mobilisation de l'ensemble des acteurs agissant localement est un enjeu fort. Les actions de prévention doivent en effet s'envisager en interaction avec l'environnement de vie des personnes dans une perspective « écologique » (déclaration de Shangai, OMS 2016). Il est nécessaire de prendre en compte l'ensemble des compétences mobilisables, dans chaque profession, sans oublier les associations et les usagers, particulièrement déterminants dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé. Mais les acteurs locaux de la prévention (incluant les dispositifs spécifiques comme la PMI, la santé scolaire et les services de santé au travail) et la promotion de la santé sont mal identifiés par les acteurs du système de soins et leurs moyens en réduction drastique. Tout ceci concourt à diminuer l'effectivité des mesures proposées dans le cadre de la prise en charge par manque de relais dans les territoires.

<sup>108</sup> En matière d'inégalités sociales de santé, on peut se référer aux inégalités de mortalité entre cadre et ouvrier. Ce résultat est en effet en partie la conséquence de l'échec relatif des politiques de prévention auprès des populations les moins favorisées : l'écart de l'espérance de vie à 35 ans est resté stable autour de

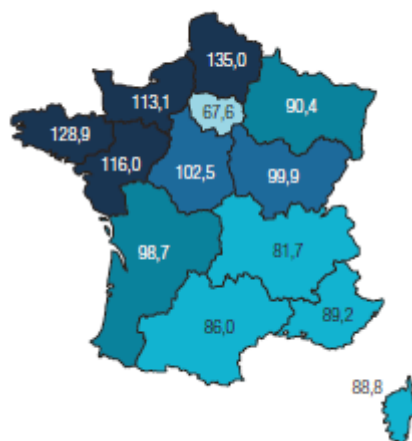
sept ans pour les hommes et trois ans pour les femmes depuis les années 1970.

<sup>109</sup> Rapport sur l'état de santé de la population en France. DREES et Santé Publique France – édition 2017.





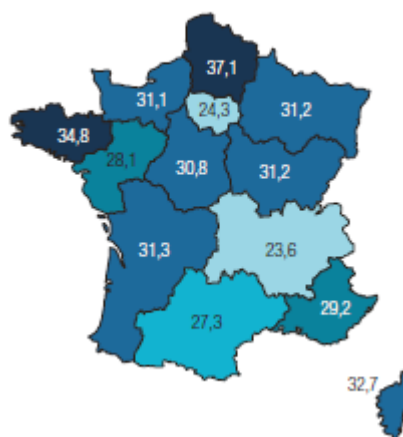
## Hommes



Écart par rapport à la moyenne métropolitaine

- < - 15 %
- - 15 % à - 5 %
- - 5 % à + 5 %
- + 5 % à + 15 %
- > + 15 %

## Femmes



### Écarts régionaux des taux standardisés<sup>110</sup> de mortalité évitable<sup>111</sup>, en 2011-2013.

## Prévention et soins doivent être pensés conjointement

Le développement des maladies « non transmissibles »<sup>112</sup> est un défi pour le système de santé. On parle d'épidémie silencieuse pour ces maladies qui sont des pathologies multifactorielles et évolutives. On pourrait réduire leur prévalence par des actions de promotion de la santé et de prévention primaire dans le cadre d'une politique de santé publique volontariste. Pour autant, une détection précoce et des actions de prévention sur les déterminants de ces maladies (prévention primaire, secondaire et tertiaire) sont indispensables quel que soit le stade de la maladie pour améliorer les résultats de santé et la qualité de vie. Pour agir en ce sens, il est nécessaire de dépasser le schéma d'une succession d'actions distinctes depuis la prévention jusqu'au soin mobilisant des acteurs, des structures, des organisations différentes pour faire prévaloir la prévention et la promotion de la santé dans l'ensemble de la chaîne de soins articulée avec des actions qui peuvent être menées en dehors du système de soins pour agir sur les déterminants de la santé (actions sur l'environnement, l'alimentation...).

L'objectif est d'identifier les leviers d'amélioration et les alternatives autour des enjeux territoriaux, organisationnels et financiers, afin de développer la prévention dans le système de soins et les territoires. Il s'agit de décrire des organisations cibles permettant de fluidifier les prises en charge pour des problèmes de santé dont la composante accessible à la prévention et à la promotion de la santé est majeure.

### L'enjeu n'est pas de créer des parcours types dont la réalisation est illusoire mais des organisations rendant possible la prévention en « routine » en dehors des

<sup>110</sup> Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population européenne de référence (Eurostat 2013). Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; statistiques démographiques (INSEE). In Rapport sur l'état de santé de la population en France – DREES & Santé publique France – édition 2017, page 74.

<sup>111</sup> Ici la mortalité évitable est la mortalité survenant avant l'âge de 65 ans dont les causes peuvent être prévenues par des interventions efficaces en promotion de la santé et en prévention primaire.

<sup>112</sup> Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les principaux types de maladies non transmissibles sont les maladies cardiovasculaires (accidents vasculaires cardiaques ou cérébraux), les cancers, les maladies respiratoires chroniques (comme la broncho-pneumopathie chronique obstructive ou l'asthme) et le diabète. Les principaux facteurs de risque de ces maladies sont connus : alcool, tabac, sédentarité et mauvaise alimentation augmentent le risque d'hypertension artérielle, d'obésité et de troubles de la glycémie.





**dispositifs expérimentaux ou dérogatoires et ceci de façon généralisée permettant d'agir au plus tôt et au plus près des personnes nécessitant une intervention.**

## **La prévention dans le système de soins – organisations cibles : principes**

Il ne s'agit pas de produire de nouvelles recommandations sur ce qu'il faudrait faire mais de comprendre pourquoi ce dont on sait qu'il faudrait le faire n'est pas mis en œuvre et de rendre effectif ce qui est souhaitable partout et pour tous.

**Le système doit être capable de produire des « parcours » entendus comme des paniers de solutions mobilisables en fonction des besoins des patients à un moment donné, s'appuyant sur les ressources locales.**

**L'organisation proposée qui a vocation à être déployée sans délai autorise une certaine diversité territoriale pour prendre en compte les caractéristiques locales en termes de besoins identifiés et tenant compte des dispositifs existants qui fonctionnent. La généralisation suppose qu'un certain nombre de principes soient fixés.**

### **Préalable au déploiement des organisations cibles**

Ces organisations ne peuvent être envisagées que dans un cadre global de soins coordonnés et intégrant l'ensemble des acteurs de promotion de la santé (cf. encadré). Ce schéma doit s'intégrer dans les nouvelles organisations issues de la stratégie de transformation de notre système de santé qui vient d'être arrêtée : adaptation des organisations aux besoins objectivés, réseau de proximité entendu au sens large, regroupant les différents acteurs permettant d'agir pour améliorer la santé globale des populations.

**Pour le HCAAM, cette ligne de proximité doit être dotée de moyens renforcés.**

L'objectif de réduction des inégalités sociales de santé doit être affirmé clairement à ce niveau. **Les moyens doivent être à la hauteur des besoins identifiés sur les territoires et nécessitent de penser un dispositif de péréquation et de rééquilibrage des moyens pour réduire en particulier les inégalités sociales de santé.**

Il est également nécessaire de soutenir les services de médecine préventive spécifiques et d'en renforcer les moyens dans un cadre rénové : services de protection maternelle et infantile, santé scolaire, services de santé au travail, aujourd'hui en très grande difficulté.

#### **Intégration de la prévention dans le schéma de transformation du système de santé**

Il ne faut pas penser une organisation des soins préventifs parallèle à l'organisation des soins curatifs comme cela a pu être envisagé dans un certain nombre de dispositifs expérimentaux, avec notamment l'absence d'implication des acteurs centraux de la prise en charge curative, en particulier le médecin traitant. De même, un certain nombre de dispositifs et outils contribuent à la coordination des soins. En accord avec le principe d'intégration de la prévention à l'offre de soins, ces éléments ne devraient pas être développés spécifiquement pour la prise en charge préventive et encore moins être segmentés par problème à traiter, sauf exceptions dûment justifiées. Au contraire, la prévention doit pouvoir s'appuyer sur et bénéficier des évolutions générales du système de santé. Ainsi, il ne s'agit pas de développer des organisations *ad hoc* (par exemple un système d'information spécifique) mais de s'appuyer sur les évolutions organisationnelles générales en veillant à ce que la prévention soit bien prise en compte dans ces organisations, dispositifs et outils.

Les évolutions organisationnelles passent aussi par un changement des représentations : la prévention doit être perçue par chaque acteur du système de santé comme une de ses missions « naturelles » et non pas - comme trop souvent aujourd'hui - comme une activité « optionnelle » réalisée quand les moyens le permettent. Des incitations pour développer la prévention en pratique clinique peuvent être proposées<sup>113</sup>.

<sup>113</sup> La rémunération sur objectifs de santé publique du médecin traitant de l'enfant va dans ce sens. Parmi les objectifs retenus

figure le repérage du surpoids et de l'obésité par le médecin traitant (indicateur : part des patients de moins de 16 ans dont la

## L'offre de prévention doit être intégrée et graduée dans le système de soins

Le niveau de proximité a vocation à porter une responsabilité populationnelle en matière de santé publique, promotion et prévention de la santé. Dans ce cadre, la prévention devient une mission prioritaire des professionnels de santé quel que soit leur cadre d'exercice.

Le principe est le suivant : sur les territoires, la réponse doit (i) être graduée en fonction des besoins ; (ii) organisée (maillage adapté aux besoins de la population) ; (iii) s'appuyer sur la diversité des acteurs. En termes de planification, le raisonnement thématique par pathologie doit être réservé au niveau le plus spécialisé (exemple des centres spécialisés de l'obésité – CSO – mobilisés pour la prise en charge des obésités très sévères), l'organisation étant pour le reste indifférenciée.

La prise en charge des maladies chroniques « non transmissibles » et de leurs déterminants nécessite une action conjointe, somatique et psychique, sociale et médicale permettant de prendre en compte l'environnement social de la personne ; le dépistage, l'évaluation et le suivi par le médecin traitant ; la prise en charge et le traitement des comorbidités avec une prise en charge pluriprofessionnelle en fonction des besoins des patients<sup>114</sup>. Elle comprend une éducation thérapeutique, délivrée prioritairement en proximité.

Dans le schéma proposé par le HCAAM :

- Le dépistage et la prise en charge des déterminants des maladies chroniques dans leurs formes non compliquées, bilan et prise en charge initiale des personnes, éducation thérapeutique, suivi et cohérence des soins relèvent d'une prise en charge de proximité organisée par le réseau de proximité autour du médecin traitant. Les centres de santé sont intégrés dans ce réseau de proximité. Les médecins du travail, les médecins scolaires et de

PMI, les réseaux spécifiques ainsi que les acteurs de prévention primaire hors système de soins interviennent également pour ce type de prise en charge ;

### Gradation de l'éducation thérapeutique – d'après le projet régional de santé de l'ARS Hauts-de-France<sup>115</sup>

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est structurée en 3 niveaux dans une logique de parcours éducatif en santé :

**Niveau 1** : une offre d'ETP dite de premier recours, dispensée par les professionnels de santé de premier recours, quel que soit leur mode d'exercice (équipe de soins primaires, structure d'exercice coordonné), en direction des malades chroniques non compliqués et/ou relativement stabilisés (notamment dans le cadre de pathologies fréquentes comme le diabète, les maladies cardiovasculaires et respiratoires).

L'enjeu est de proposer une prise en charge éducative dès le diagnostic de la pathologie chronique afin de développer les compétences du patient autour de sa pathologie, de favoriser une bonne observance, de faciliter la prévention des complications.

Grâce au maillage de l'offre de soins de premier recours, la prise en charge éducative est dispensée à proximité du lieu de vie du patient et en facilite dès lors l'accès.

**Niveau 2** : une offre d'ETP de deuxième recours, assurée par les équipes sur orientation du médecin traitant et des établissements de santé pour les malades chroniques complexes (pluri-pathologies, complications médicales et/ou psychosociales).

**Niveau 3** : une offre d'ETP en établissement de santé pour les prises en charge lourdes et très spécialisées (2ème et 3ème recours).

- Les prises en charge plus complexes qui relèvent d'une prise en charge spécialisée impliquant, en lien avec les médecins traitants, les médecins spécialistes doivent également pouvoir être effectuées en proximité. Dans ce cadre, les établissements de santé de proximité pourraient jouer un rôle en partie grâce à leur plateau

courbe de corpulence est renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an).

<sup>114</sup> En présence d'une obésité « sévère » avec des troubles du comportement alimentaire par exemple, une évaluation médicale spécialisée (médecin nutritionniste) peut conduire en fonction

des besoins vers des prises en charge spécialisées à l'exemple du reconditionnement à l'effort, du suivi psychiatrique ou de la considération d'une éventuelle chirurgie.

<sup>115</sup> <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-hauts-de-france-2018-2028>

technique ainsi que comme relais de proximité avec les structures les plus spécialisées ;

- Les cas complexes (par exemple les obésités très sévères) pouvant nécessiter une coordination de type gestion de cas doivent mobiliser les structures plus spécialisées.

## Structurer les organisations autour de fonctions-clés

Les organisations du système de soins pour prendre en charge les déterminants des maladies chroniques ou leurs complications sont potentiellement nombreuses. Leurs objectifs et cibles peuvent varier, elles impliquent des acteurs différents, reposent sur des cadres juridiques divers, varient quant à leur gouvernance, financement, fonctionnement.

L'analyse de ces organisations permet néanmoins de relever un certain nombre de « fonctions-clés » communes. Ces fonctions-clés consistent en des leviers particuliers, des éléments de processus, des conditions d'application, observés de façon récurrente comme associés à l'efficacité d'un dispositif quel qu'il soit. Pour le HCAAM les organisations-cibles sont construites à partir d'une combinaison de ces fonctions-clés<sup>116</sup>.

### Plan personnalisé de santé

C'est un préalable à toute démarche de prise en charge. Sous la responsabilité du médecin traitant, la définition de la prise en charge doit pouvoir être adaptée aux ressources psychosociales des patients<sup>117</sup> et tenir compte des contextes locaux (conditions de faisabilité).

Les plans personnalisés s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques en vigueur et les référentiels métiers.

### Référent

Dans le champ de la prévention, la prise en charge relève de l'action de divers professionnels permettant d'appréhender la complexité du sujet qui requiert des expertises dans les domaines variés psychologiques, somatiques, sociaux, thématiques (activité physique, diététique), etc. Celle-ci peut s'organiser au sein d'une même équipe ou entre entités différentes, mettant en lien des maisons de santé, des équipes de soins ambulatoires, voire des équipes hospitalières en fonction du degré de sévérité et peut impliquer des acteurs en dehors du système de soins (par exemple, la PMI, la médecine du travail, la santé universitaire, la santé scolaire).

L'intervention de plusieurs professionnels ou équipes autour d'un même patient implique de définir un référent responsable de l'accompagnement des patients. Cette fonction doit être conçue en tenant compte des besoins et des ressources existantes<sup>118</sup>.

Le référent doit être choisi par le patient dans l'équipe qui le prend en charge. Il peut s'agir de son médecin traitant, d'un professionnel travaillant en collaboration avec celui-ci ou d'un autre professionnel appartenant à une structure de soins coordonnés.

<sup>116</sup> Ces fonctions peuvent se décliner de façon différente selon les contextes locaux et les besoins individuels. Les organisations doivent pouvoir s'adapter pour s'intégrer aux autres organisations présentes sur le territoire. Ceci est important à souligner en particulier pour les organisations promues au niveau national : il faut que leur déploiement sur les territoires prévoit explicitement des modalités d'adaptation et d'intégration à l'existant. Par exemple, s'il existe un programme structuré d'éducation thérapeutique du patient (ETP) sur un territoire donné, une nouvelle organisation devrait se mettre en place en intégrant le programme existant et non pas en s'y substituant.

<sup>117</sup> C'est-à-dire aux contextes, besoins, préférences et caractéristiques des personnes.

<sup>118</sup> Cette fonction ne doit pas être conçue spécifiquement pour l'obésité mais peut être mutualisée au sein d'un territoire aux

autres situations de prévention (exemple du programme je t'aime mon cœur, des sages-femmes référentes territoriales, etc.). Toutefois, pour les patients présentant des critères de sévérité ou une situation particulière de vulnérabilité sociale ou en termes de littératie en santé, le rôle du référent peut être renforcé au-delà de l'orientation par une mission d'accompagnement.

Dans un cadre d'exercice regroupé, cette fonction peut être organisée au sein de la structure (exemple des infirmières *Asalée*) ; dans un cadre d'une organisation spécifique (notamment les *Ré-PPOP*), elle est assurée par l'organisation en question ; sinon elle pourrait être assurée par un professionnel de santé libéral coordonnateur (exemple du référent du programme Je t'aime mon cœur) avec une coordination intégrée au sein de la CPTS.

## Coordination des effecteurs

Les modes d'exercices favorisant la pluri-professionnalité doivent intégrer cette dimension. La constitution d'un réseau territorial de proximité autour des communautés professionnelles de territoires et des établissements de proximité va dans ce sens. Ce type d'organisation permet en outre de construire des espaces d'échanges structurés pour les cas complexes, telles que les réunions de concertation pluridisciplinaire.

En termes de systèmes d'information, l'intégration des acteurs de proximité dans un même cadre d'interopérabilité est une exigence minimale.

## Développement des compétences personnelles des patients

L'implication effective des personnes est une condition d'acceptabilité, de faisabilité et d'efficacité de tout dispositif. Une stratégie efficace d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique et d'accompagnement (au sens aide et soutien psychosocial fournis au patient pour renforcer sa motivation dans la durée) s'appuie sur les leviers suivants : (i) un accès simple et documenté à une information sur l'ensemble des offres adaptées à leur situation dans le territoire où ils vivent ; (ii) la mise à disposition d'outils au service du partage d'information entre professionnels et de l'accès à ces informations ; (iii) des dispositifs spécifiques pour les publics vulnérables ; (iv) une accessibilité géographique et financière aux dispositifs de prise en charge.

## Intégration territoriale

Les organisations cibles sont construites dans un cadre prenant en compte les autres stratégies de prévention mises en place, notamment celles hors du système de santé. Il s'agit d'intégrer dans l'organisation cible l'action des collectivités territoriales<sup>119</sup>, des centres de santé ainsi que l'action d'autres acteurs institutionnels de la prévention comme la santé scolaire et la médecine du travail et celles du

<sup>119</sup> Les compétences des communes et des métropoles permettent des actions assez larges pour tout ce qui concerne l'urbanisme, le logement ou des problématiques telles que la pollution de l'air, intérieur ou extérieur. Certaines collectivités ont par ail-


leur milieu associatif particulièrement actif en promotion et prévention de la santé.

### Organisations cibles pour la prévention Principes

- Il ne faut pas proposer de parcours stéréotypés et linéaires, mais ce que l'on pourrait appeler des « parcours cadres », c'est-à-dire des paniers de solutions mobilisables par le patient à des moments différents en fonction de l'évolution de ses besoins, avec des trajectoires souples et évolutives.
- Le patient est pris en charge en fonction de ses besoins, de ses préférences et des spécificités des organisations locales.
- Les paniers de solutions sont spécifiés en fonction du niveau de sévérité. Ils peuvent être déclinés par population : enfants, adolescents, femmes enceintes, population générale, personnes en situation de précarité, etc.
- Il n'y a pas un modèle unique. Divers modèles d'organisation peuvent se rencontrer mais ceux-ci sont tous structurés autour de cinq fonctions-clés : (i) plan personnalisé de santé, (ii) référent, (iii) coordination des effecteurs, (iv) développement des compétences personnelles des patients, (v) intégration territoriale. Ce sont ces fonctions qu'il faut modéliser et le cas échéant financer. Ces fonctions peuvent prendre plusieurs formes et leurs opérateurs peuvent être différents selon les territoires.
- Les organisations ainsi composées d'une combinaison de fonctions doivent pouvoir s'adapter pour s'intégrer aux autres organisations présentes sur le territoire.
- Ces organisations doivent être pensées en « routine » en dehors de dispositifs expérimentaux ou dérogatoires, et ceci de façon généralisée (réponse universelle).
- Il s'agit de penser un système robuste, qui évite l'hyper-sectorisation des prises en charge.
- Quel que soit le degré de sévérité les fonctions-clés doivent donc être toujours présentes. C'est la forme et la densité prises par ces fonctions-clés qui doivent être graduées.

L'organisation doit permettre d'atteindre les bonnes cibles afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Beaucoup d'associations généralistes (comme les Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé - Ireps) ou thématiques (alcool,

leurs conservé toutes les compétences en matière de santé publique : PMI, santé scolaire... et possèdent comme dans le cas de Strasbourg un réseau municipal intégré qui permet un ancrage territorial stable et une grande cohérence dans les différentes actions de santé publique et de prévention.



cancer, tabac, sida, sexualité et contraception...) jouent un rôle clef. Des actions adaptées ou ciblées faisant intervenir des intervenants communautaires pour pouvoir agir au plus près des lieux de vie et toucher les populations les plus précaires doivent être facilitées car ces acteurs ont un rôle à jouer dans le dépistage ou le repérage et pour l'orientation précoce dans les dispositifs de prise en charge.

## Les conditions du déploiement

La transformation proposée vers des organisations de proximité orientées sur la santé globale articulant soins, prévention et médico-social nécessite d'outiller les acteurs pour accompagner un déploiement effectif.

Le développement concomitant des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et de contrats locaux de santé (CLS) rénovés est une opportunité qui doit viser des objectifs convergents pour mettre en œuvre la prévention sur les territoires. Les moyens de la coordination doivent être consolidés à ces deux échelons qui se recouvrent partiellement. La prévention est à cette intersection : « santé dans toutes les politiques » portée au sein des CLS, mobilisation des professionnels de santé au plus près des besoins.

### Renforcer les outils du pilotage

Le modèle proposé est organisé à partir des besoins et des services à rendre à la population. Le repérage des besoins des populations les plus à risque est un objectif essentiel.

Les ARS doivent fédérer et organiser le dialogue autour de cette démarche de l'ensemble des acteurs du territoire, au premier rang desquels les collectivités territoriales, régions, départements et intercommunalités mais également les acteurs intervenants dans les lieux de vie : école, entreprises, associations, ...

Dans ce cadre, l'agence régionale de santé (ARS) doit définir les services attendus sur les territoires à partir d'une analyse des besoins de la population (élaboration concertée du diagnostic territorial) et doit s'assurer de leur effectivité et de leur qualité. Elle a également un rôle à jouer pour accompagner l'adaptation des organisations territoriales, pour mettre à

disposition des professionnels un recensement des offres de soins et de prévention existantes et pour diffuser aux acteurs locaux les données probantes établies par Santé publique France et la Haute Autorité de Santé en matière de prévention et promotion de la santé.

Dans cette démarche d'accompagnement du changement, les ARS et les acteurs locaux doivent pouvoir s'appuyer sur des moyens d'analyse, notamment territoriale et sur une ingénierie solide. Des outils d'analyse stratégique sont à développer au niveau national et mis à disposition, en particulier les outils d'analyse territoriale prospectifs et dynamiques.

Dans l'ingénierie d'accompagnement du changement figure également la capacité des ARS à accompagner les professionnels et structures de soins. Là aussi, il conviendrait de mettre à leur disposition un appui mobilisant des compétences qui leur manquent parfois dans certains domaines. Il est important, enfin, que les porteurs de projet notamment de CPTS, bénéficient d'un accompagnement et d'interlocuteurs identifiés.

### Renforcer les outils du numérique


Le schéma prospectif proposé ne peut pas être mis en œuvre sans que soient mobilisés les outils numériques qui permettent de rendre accessibles aussi bien aux usagers qu'aux professionnels les nouveaux services et les nouveaux outils qu'ils sont en droit d'attendre.

Une intégration de l'ensemble des acteurs du réseau de proximité, incluant le secteur médico-social et les services de prévention spécifiques, dans un même cadre d'interopérabilité est une exigence minimale.

Le développement d'outils numériques innovants doit faciliter l'orientation du patient, son accompagnement à long terme, ses contacts avec les professionnels de santé. Il doit également permettre de simplifier les conditions d'exercice des professionnels et de résoudre les problématiques centrales de coordination et d'échange d'informations notamment.

La mobilisation de données de santé au service de l'action de transformation est cruciale. Les acteurs locaux doivent disposer des données relatives aux états de santé, aux recours





ainsi qu'aux pratiques et résultats obtenus dans les territoires. Le recueil de données cliniques en ambulatoire contribue au développement de la recherche et à l'amélioration des pratiques qui fait particulièrement défaut aujourd'hui dans le champ de la prévention.

### **Confier au réseau de proximité la responsabilité populationnelle**

Dans une approche systémique, telle que l'a préconisé le HCAAM dans son avis du 24 mai 2018, le réseau de proximité porte une responsabilité populationnelle en matière de santé publique, promotion et prévention de la santé.

Les CPTS en lien avec les établissements responsables de la proximité proposent une prise en charge graduée intégrant la prévention pour répondre aux besoins identifiés sur les territoires qui se matérialise avec le projet territorial de santé. Les CPTS participent pleinement à l'organisation des paniers de solutions mobilisables au niveau de proximité.

Les CPTS doivent pouvoir mobiliser le développement professionnel continu (DPC) pour favoriser une réponse collective et cohérente aux besoins de formation qu'elles estimeront nécessaires en accompagnement de la démarche engagée et pour traiter aussi des problématiques de santé propres à chaque territoire (formation pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle).

L'organisation pratique des lieux d'exercice est bien évidemment un enjeu clé. Les professionnels doivent pouvoir dégager du temps et disposer des moyens d'assurer un suivi populationnel performant (secrétariat, base de données, etc.) pour déployer des prises en charge notamment préventives adaptées à titre individuel au plus près des conditions de vie des patients.

### **S'appuyer sur les usagers**

L'inclusion des usagers et des patients aux processus de prévention est non seulement une exigence pour répondre à leurs attentes, mais également une condition indispensable de l'amélioration de la pertinence des recours et de la qualité du système de santé.

Pour le HCAAM, la politique menée en faveur de l'inclusion des usagers et des patients doit

être réellement ambitieuse selon différents axes :

- Garantir l'accès de la population aux informations générales sur la santé et les services accessibles en donnant au Service Public d'information en santé (SPIS) prévu en 2016 des moyens et une visibilité à la hauteur des ambitions affichées.

L'information doit être accessible, lisible et compréhensible par ses destinataires. Des propositions adaptées devraient être conçues pour, et avec, les populations ayant des besoins d'informations spécifiques (personnes en situation de handicap, vulnérables, étrangères, de grand âge, etc.) ;

- Mettre en place des outils d'information des patients sur leur processus de prise en charge notamment pour les prises en charge complexes (plan personnalisé de santé). L'information du patient sur sa prise en charge doit inclure les éléments relatifs à ses droits sociaux ;
- Mettre en place des outils d'implication des citoyens, des patients et de leur entourage dans les démarches qui les concernent. Pour cela des modèles existent de « décision partagée en soins de santé » qui seraient à prévoir dans la ligne éditoriale du SPIS ;
- Le HCAAM souhaite que les usagers aient un accès simple et documenté à une information sur l'ensemble des offres adaptées à leur situation dans le territoire où ils vivent. Le Haut Conseil considère, par ailleurs, qu'une plus grande transparence sur les compétences et les engagements de service des différents professionnels et structures serait à même de faciliter l'orientation des patients et de les rassurer.



## Rénover les outils de la contractualisation

La diversité des acteurs et des effecteurs intervenant dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé nécessite une grande adaptabilité. Il convient de garantir la pérennité des alliances et des partenariats qui doivent être nouées.

En particulier, les collectivités territoriales interviennent dans un large champ de compétence : habitat, éducation, environnement, transports, aménagement du territoire, restauration collective, petite enfance, etc. Elles disposent de leviers importants pour agir en prévention et promotion de la santé.

Il convient de resserrer les liens entre les acteurs agissant sur les territoires en fonction des priorités de santé publique identifiées et des ressources locales, en particulier les services de prévention organisés sur les territoires (PMI, services de médecine préventive, etc.), les centres de santé ainsi que les dispositifs communautaires dédiés à la prévention et à la promotion de la santé portés par le milieu associatif.

A ce titre, les contrats locaux de santé (CLS) et les conseils locaux de santé mentale (CLSM), conclus entre les ARS et les collectivités territoriales (article L1434-17 du code de la santé publique) ainsi que les contrats de ville unique (CVU) à la main des collectivités sont des outils puissants.

Les CLS reposent sur une démarche de concertation des acteurs locaux et constituent l'outil à mobiliser pour développer des organisations pluri-professionnelles et pluri-institutionnelles de prise en charge préventive de proximité. Ils permettent de contractualiser avec l'ensemble des acteurs : collectivités locales, préfets, assurance maladie, établissements de santé, professionnels, associations, ... Aujourd'hui les professionnels libéraux sont encore trop peu mobilisés dans le cadre des CLS. Dans le schéma préconisé par le HCAAM, « les CPTS ont la faculté de passer des contrats au nom de leurs membres avec les ARS ainsi qu'avec des établissements de

santé ou des collectivités territoriales ou tout autre acteur ».

Ceci nécessite toutefois de faire évoluer ces dispositifs aujourd'hui très hétérogènes quant à leur composition, leurs modalités d'élaboration, de suivi, de gouvernance. L'assurance maladie<sup>120</sup> (en particulier la Mutualité sociale agricole, dans les zones rurales) devrait être systématiquement associée à ces dispositifs de coordination locaux. Cet investissement peut être un levier supplémentaire de mobilisation des collectivités pour s'intégrer dans le cadre de la politique régionale et locale de santé et articuler leur action avec les effecteurs du système de soins.

La question de la pluralité et de la gouvernance de ces outils de contractualisation se pose. Dans un objectif de simplification et de lisibilité, on pourrait promouvoir un outil unique mais il faut prendre en compte l'autonomie des collectivités territoriales. Selon les cultures, les sensibilités locales et les ressources existantes, l'engagement des collectivités diffère (exemple des villes actives du Programme national nutrition santé). Leur action est primordiale pour agir en amont sur les déterminants de la santé et elles participent largement au financement global puisqu'elles contribuent pour un tiers environ aux dépenses de prévention collective au sens des comptes de la santé. Toutefois, notamment du fait d'une grande hétérogénéité en matière de besoins ou de ressources humaines ou financières consenties, l'investissement des collectivités doit encore être promu et renforcé<sup>121</sup>.

**En tout état de cause, il paraît nécessaire de faire le bilan de ces dispositifs et de mettre en place une mission d'accompagnement national qui viserait à capitaliser les expériences et projets, partager les méthodes et outils, prendre en compte et éclaircir des situations complexes dans le cadre des CPTS, développer une concertation interministérielle propice à une plus grande cohérence dans les politiques publiques et à une amélioration de l'efficacité localement.**

<sup>120</sup> En effet, les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) financent et conduisent de nombreuses actions de prévention sur le terrain.

<sup>121</sup> Des propositions ont été faites dans ce sens dans le précédent avis sur la prévention.

## Comment assurer un financement de droit commun ?

La question du financement est double, portant sur les modalités d'une part, sur l'estimation du montant global d'autre part.

### Les modalités de financement doivent obéir à certains principes sur les objectifs et l'organisation des soins

Des règles de financement claires et pérennes sont nécessaires. Les modalités de financement doivent promouvoir un plan cohérent et adapté aux besoins du patient, reposant sur des référentiels validés et tenant compte de la diversité des intervenants.

Les réflexions précédentes et le rapport sur la prévention et la prise en charge de l'obésité conduisent à l'idée qu'il est nécessaire de financer plusieurs fonctions et métiers mal ou pas pris en compte à l'heure actuelle :


- les métiers non considérés comme professions de santé mais dont l'apport est fondamental dans la prise en charge des déterminants des maladies chroniques « non transmissibles » (psychologues, diététiciens) ;
- l'activité physique adaptée : rémunération des professionnels ; financement des structures et équipements ;
- l'éducation thérapeutique (recoupant en partie les deux points précédents), dans le cadre d'un plan structuré et validé ;
- les fonctions de référent et d'accompagnement.

En outre, les professionnels de santé eux-mêmes ne bénéficient pas toujours d'une rémunération adaptée pour des consultations qui peuvent être longues et complexes, malgré des avancées récentes dans la nomenclature par exemple pour la prise en charge de l'obésité de l'enfant. Cette observation conduit d'ailleurs les établissements de santé à préférer des prises en charge en hôpital de jour pour les bilans pluridisciplinaires afin de bénéficier d'une rémunération suffisante, avec le risque de se heurter à des sanctions en cas de contrôles par l'assurance-maladie dans les cas où la circulaire frontière n'est pas respectée.

Pour autant, une tarification classique à l'acte ne paraît pas adaptée à une telle prise en charge qui doit être envisagée au long cours et comprendre l'intervention de plusieurs catégories de professionnels, à intervalles réguliers, dans le cadre d'un plan personnalisé et coordonné de soins.

De nouvelles modalités de financement sont donc à mettre en place, reposant sur les principes suivants :

- Ces modalités de financement ne doivent pas être expérimentales ou dérogatoires aux règles en vigueur, mais offrir aux acteurs une garantie de pérennité.
- Le financement des professionnels et structures doit être conditionné à l'insertion dans un plan structuré et coordonné. L'entrée dans un tel programme ne peut se faire qu'au sein d'une organisation pluri-professionnelle. Cette structure doit avoir conventionné avec l'assurance maladie pour garantir un fonctionnement répondant aux bonnes pratiques (recommandations de la Haute autorité de santé), afin d'autoriser la prise en charge par l'assurance-maladie d'actes et de prestations comme les consultations de diététique, de psychologie, l'activité physique adaptée. La CPTS en lien avec les établissements de proximité pourrait se saisir de ce sujet et être elle-même l'organisatrice du dispositif.
- Il est nécessaire pour cela que les acteurs engagés dans la prise en charge d'un patient partagent les informations le concernant ; l'outil adéquat devrait être le dossier médical partagé si l'on considère l'enjeu d'une prise en charge centrée sur le patient et non sur un facteur ou une maladie, dans un contexte de multimorbidité.
- Une fonction de référent doit être définie et financée. Ce financement peut aisément se fonder sur un forfait annuel par patient à verser au professionnel concerné ou à sa structure d'appartenance.
- Il faut pouvoir s'assurer de l'adéquation entre le programme prévu dans le plan personnalisé de santé et le programme effectivement réalisé (évaluant à la fois la qualité de la coordination et l'observance



du patient), et analyser les résultats obtenus. Le recueil des données est de la responsabilité du référent et des différents acteurs de la prise en charge. La rémunération des acteurs peut être conditionnée à ce retour des éléments minimaux objectivant la réalisation du programme. Ce contrôle de la qualité des prises en charge peut prendre la forme d'une auto-évaluation ou être placé sous la responsabilité de l'assurance maladie sur la base des données de suivi et des résultats recueillis dans le système d'information. Il faut cependant prendre garde à ne pas alourdir le travail des professionnels. Le système d'information doit permettre un tel recueil de manière simple.

En pratique, le dispositif pourrait fonctionner de la manière suivante :

- Repérage, proposition faite au patient d'entrer dans un programme de prévention et de promotion de la santé, adapté à sa situation : en principe médecin traitant, ou médecin spécialiste : financement d'une consultation de bilan, facturable une fois dans le processus, à un tarif élevé (consultation de l'ordre de 45-60 minutes).

La question pourrait se poser, dans certains cas particuliers comme les obésités sévères, de procéder à un bilan en établissement de santé, en hôpital de jour, pour accéder aisément et rapidement à l'ensemble des explorations complémentaires pertinentes (dont celles qui ne bénéficient pas d'une cotation). Une telle option ne paraît justifiée que dans les cas vraiment complexes. Dans ces cas, la responsabilité de l'élaboration du plan personnalisé de santé pourrait revenir à cette structure en lien avec les professionnels de proximité.

- Choix d'un référent par le patient à cette occasion, après discussion avec le praticien : soit son médecin traitant, soit un professionnel travaillant en collaboration avec celui-ci, soit un autre professionnel, soit une structure de type MSP ou réseau.
- Définition par ce référent du plan de prise en charge personnalisé, en accord avec le médecin traitant (si ce n'est pas lui-même), la rémunération de cette étape entrant dans le forfait annuel du référent.

- Recours du patient aux différents services et prestations prévus dans le plan : par exemple consultations de diététique, consultations de psychologue, éducation thérapeutique, activité physique adaptée, accompagnement téléphonique éventuel..., ces prestations étant alors financées par l'assurance maladie (obligatoire et éventuellement complémentaire) ainsi que d'autres financeurs, dès lors qu'elles sont prévues dans le programme.

- Pour le programme d'éducation thérapeutique, un financement forfaitaire est à estimer pour un nombre de séances moyen, sur la base d'un programme validé, que le programme soit délivré en ville (de préférence) ou en établissement (par exemple 250-300 euros pour 4 à 6 séances collectives...) ;
- Dans le cas de l'activité physique, le modèle le plus simple est un financement de la structure d'animation par une dotation annuelle (où peuvent participer divers financeurs : assurance-maladie, collectivités territoriales, assureurs complémentaires...) et un droit de tirage du patient défini lors de l'élaboration de son plan de prise en charge pour accéder aux activités proposées ;
- En ce qui concerne les psychologues et les diététiciennes, une tarification à l'acte serait établie, l'accès au remboursement étant encadré par l'intégration des professionnels dans le dispositif piloté par le référent.

- Contrôle de la qualité des pratiques permettant d'évaluer l'adéquation entre le programme prévu et le programme effectivement réalisé (évaluant à la fois la qualité de la coordination et l'observance du patient).

Pour l'obésité que nous avons plus particulièrement analysée, ces principes devraient être appliqués aussi dans le cas de la préparation à la chirurgie bariatrique et du suivi post-chirurgie, sous la supervision des CSO. Dans ce domaine, pour garantir la qualité de la préparation, de l'indication et du suivi, il pourrait être proposé des systèmes de tarification à l'épisode, incluant non seulement l'acte chirurgical lui-même mais aussi les 6 mois de

préparation et une période de 6 mois de suivi post-opératoire, obéissant aux recommandations de la HAS, la rémunération de l'intervention étant conditionnée à la mise en œuvre de la période de préparation, incluant la décision pluridisciplinaire, et d'un suivi complet, intégrant le suivi nutritionnel en particulier.

Ainsi, il existe plusieurs « modules » de prise en charge possibles (éducation thérapeutique, prise en charge psychologique au long cours, activité physique adaptée...), d'intensité variable en fonction du patient (cf. échelle de gradation discutée plus haut).

Le HCAAM propose le financement distinct des différents « modules » :

- consultation d'évaluation initiale,
- forfait annuel du référent,
- programme d'éducation thérapeutique,
- activité physique adaptée...

Ce financement relève d'un partage à définir entre AMO, AMC et d'autres financeurs (collectivités territoriales...). Le financement s'agissant de l'assurance maladie devrait se faire sur la base d'une nomenclature tarifaire nationale, le remboursement étant conditionné au fait que le programme est organisé et coordonné par le référent, et contrôlé par l'assurance-maladie. C'est pourquoi une convention préalable doit être conclue entre l'assurance maladie et les professionnels ou structures assurant le rôle de référents.

Le HCAAM considère que cette voie est à privilégier pour résoudre la plupart des problèmes rencontrés, compte tenu des difficultés importantes et des effets pervers potentiels d'une forfaitisation complète en fonction du niveau de risque pour une prise en charge sur une certaine durée (semestre, année...), qui est parfois envisagée<sup>122</sup>.

<sup>122</sup> D'une part, il est difficile de déterminer un tel forfait : les situations de chaque patient sont différentes, il n'y a pas de « parcours types » ; et même s'il est théoriquement possible de définir quelques classes de forfait en fonction de la sévérité et de l'intensité de l'accompagnement (en termes de nombre de professionnels impliqués, de nombre de séances...), on ne dispose pas de tous les critères pour déterminer a priori dans quelle classe un

## Les estimations sur le montant global nécessaire doivent tenir compte des sommes déjà engagées - exemple pour l'obésité

Ces rémunérations nouvelles sont-elles financables ?

Dans les expérimentations en cours ou projetées, et lorsqu'on valorise l'ensemble des étapes de prise en charge d'un patient obèse, le montant annuel par patient, toutes prestations incluses, varie en général entre 400 euros et 1 000 euros selon le type de prestations prévues. Il ne paraît pas envisageable d'engager une prise en charge de 1 000 euros par an pour tous les patients concernés (plus de 10 millions de patients en situation d'obésité). Il faut tenir compte des éléments de gradation dont il a été question plus haut, et s'assurer que les prises en charge respectent ces critères notamment en faveur des patients les plus sévères et des patients en situation de précarité. L'obésité très sévère pourrait concerner 500 000 patients (pas d'estimation précise à ce jour). Sur la base d'un montant moyen par patient de 600 euros par an, le montant global nécessaire est de l'ordre de 300 millions d'euros.

Une partie de ce montant est en réalité déjà prise en charge au sein de la masse des consultations médicales (et de quelques hospitalisations de jour pour bilan). A l'heure actuelle, le financement des actes liés à cette prise en charge n'est pas tracé et il est impossible d'évaluer le montant correspondant.

Par ailleurs, certains montants sont mobilisés pour le fonctionnement des CSO, pour des expérimentations (*Obepedia*,...), pour les réseaux de soins (*RÉPPOP*), à travers le FIR.

patient donné serait orienté (en particulier les critères socio-économiques, le niveau d'éducation, etc.). De plus, toute forfaitisation soulève la question du calibrage assurant que les besoins de chaque patient sont bien couverts. Enfin, dans un système où l'ensemble des acteurs ne sont pas intégrés se pose la question du partage du forfait.

**Au sein des nomenclatures actuelles, il existe peu d'actes spécifiques du suivi de l'obésité :**

- au titre des consultations, dans le cadre de parcours de soins, de patients présentant une pathologie complexe ou instable, assorties d'une majoration de 16 euros, figure la première consultation spécifique pour un trouble grave du comportement alimentaire (dont l'obésité morbide) réalisée par un endocrinologue ;

- depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2017, en application de la dernière convention médicale, au titre des consultations à fort enjeu de santé publique (réalisées à tarif opposable), rémunérées à hauteur de 46 euros, figure la consultation de suivi de l'obésité pour les enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité (facturation au maximum deux fois par an).

Il est par ailleurs prévu d'introduire dans la ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique) des indicateurs sur le repérage et la prise en charge de l'obésité chez les enfants.

Par ailleurs, la majorité des consultations assurées par les médecins nutritionnistes doivent être dédiées à ce problème. Les médecins généralistes ayant le mode d'exercice particulier « maladie du diabète et de la nutrition, diététique », au nombre de 132 en 2016 d'après la CNAM, totalisent 9,9 millions euros d'honoraires (hors dépassements). Mais il faudrait y ajouter une part (inconnue) de l'activité des spécialistes de l'endocrinologie et du métabolisme (69,5 millions d'euros d'honoraires en 2016 pour l'ensemble de leur activité).

Enfin, au sein de la CCAM, figurent les actes de chirurgie bariatrique pour obésité morbide, avec un peu moins de 50 000 interventions par an (hors ablations de matériel et reprises ; source CNAM) ; aux tarifs 2017, le montant lié à ces séjours atteint 190 millions d'euros.

D'après le rapport d'activité du FIR 2016, les actions de prévention pour lutter contre l'obésité totalisent 3,5 millions d'euros (hors financement des réseaux de santé et parcours de santé coordonnés, hors éducation thérapeutique), et les autres actions de promotion de la nutrition-santé représentent 10 millions d'euros.

Une autre partie des actions, enfin, est financée sur des fonds de prévention de l'assurance-maladie et des collectivités territoriales. Ces dépenses ponctuelles ne dépassent certainement pas la dizaine de millions d'euros.

Les Comptes de la santé (édition 2017, portant sur l'année 2016) font état, au titre des dépenses de prévention, de 16 millions d'euros identifiés au titre des actions « nutrition-santé » (en baisse par rapport à 2010 : 27 millions, probablement en raison du PNNS), mais ce montant inclut les dépenses du FIR (précisément 12 pour le FIR et 4 pour les autres sources de financement : Santé publique France, CNAM...).

Ainsi, un besoin de financement spécifique supplémentaire est mis en évidence, avec deux marges de manœuvre pour procéder à des économies au sein des dépenses actuelles :

- Améliorer l'efficacité des dépenses consenties dans les actions en cours, en les intégrant dans un réel parcours de santé coordonné, obéissant aux recommandations de bonnes pratiques ; soulignons à nouveau que les actions ponctuelles ont peu d'intérêt.
- Limiter le recours à la chirurgie bariatrique par une meilleure prévention en amont et une meilleure sélection des indications.

On doit aussi réfléchir à un partage des dépenses entre assurance maladie obligatoire, assurance maladie complémentaire, collectivités territoriales et patients eux-mêmes, en tenant compte de la situation sociale de ces derniers (par exemple, dans le programme Sport-Santé de Strasbourg, a été mise en place une tarification solidaire).





## Conclusion

- Les pistes d'amélioration dessinées s'inscrivent dans le schéma général de la transformation du système de santé récemment annoncé, qui comprend une structuration des soins de proximité autour des communautés professionnelles territoriales de santé et des établissements de proximité, une adaptation des moyens aux besoins objectivés et la gradation des prises en charge.

La prévention est pleinement intégrée dans l'activité de droit commun des professionnels de santé. L'ARS définit les services attendus et permet des modulations territoriales en fonction des besoins de santé identifiés pour la population (problématiques particulières).

- Il n'est pas défini un « parcours-type », mais une méthode de prise en charge, devant s'adapter aux organisations territoriales, partant des notions de référent et de plan personnalisé de prise en charge. Dans le cadre d'un programme défini et validé par le médecin traitant et le référent, et faisant l'objet d'une évaluation, le patient pourrait avoir accès à des prestations comme la consultation diététique, la consultation de psychologie, l'activité physique adaptée.

- La prévention est intégrée à l'offre territoriale de prévention et de promotion de la santé. Les contrats locaux de santé (CLS), qui reposent sur une démarche de concertation des acteurs locaux, représentent l'outil à mobiliser pour développer des organisations pluriprofessionnelles et pluri-institutionnelles de prise en charge préventive de proximité (CLS conclues dans un cadre associant au minimum les ARS, les CPTS, les collectivités territoriales et l'assurance maladie).
- Le schéma décrit dans ce document a vocation à être mis en place sans phase d'expérimentation préalable ; les recommandations sont connues, les obstacles sont identifiés, il s'agit de mettre en œuvre de manière organisée les différents modules constitutifs d'une prise en charge intégrant pleinement la prévention, dans un objectif de qualité et de pertinence des soins. Au demeurant, les impacts d'une telle organisation sur les résultats de santé ne pourraient être connus qu'après quelques années de suivi. Pour autant, il est envisageable de démarrer la mise à l'échelle par une montée en charge progressive par région, ce qui permettrait de réadapter les organisations au fur et à mesure du déploiement national.





## Annexe


# Rapport au HCAAM sur l'organisation et le financement de la prévention de l'obésité dans le système de soins

**François ALLA**, Professeur de santé publique, Centre de recherche BPH U1219, Bordeaux, conseiller scientifique auprès du HCAAM,

**Roland CASH**, Médecin économiste de la santé, conseiller scientifique auprès du HCAAM,

et **Sandrine DANET**, Médecin de santé publique, chargée de mission, secrétariat général du HCAAM.





Dans son avis adopté le 28 juin 2017<sup>123</sup>, le HCAAM a décrit l’outillage stratégique, la gouvernance et les bonnes pratiques en matière d’évaluation des politiques et des actions de prévention. Il a aussi décrit les organisations cibles pour une approche territoriale de la prévention. A travers la réflexion sur l’obésité prévue au programme de travail 2017-2018 du HCAAM, il s’agit de conduire des travaux complémentaires sur les formes que pourraient prendre ces organisations-cibles.

Le choix a été de construire la démarche à partir d’un exemple concret qui est celui de la prévention et de la prise en charge du surpoids et de l’obésité. Il s’agit en effet, d’une problématique majeure en France comme dans la plupart des pays industrialisés avec des inégalités sociales très marquées. Par ailleurs, l’obésité mobilise l’ensemble des acteurs du système de santé et au-delà (notamment les collectivités territoriales) à travers : la promotion de la santé (actions sur les comportements et les environnements), les pratiques cliniques préventives (dépistage de l’obésité, prescription de l’activité physique *etc.*) et la prise en charge curative (prise en charge des conséquences métaboliques de l’obésité, *etc.*).

Ce thème est ainsi un cas exemplaire pour traiter les problématiques qui se posent pour la prévention et la promotion de la santé telles que mises en exergue par plusieurs rapports récents, portant sur la politique nutritionnelle<sup>124,125</sup> ou plus généralement sur la prévention<sup>126,127,128</sup>.

La *Stratégie nationale de santé*, définie par le décret du 29 décembre 2017<sup>129</sup>, fait de la prévention et de la promotion de la santé une priorité. A travers le cas des politiques en matière de nutrition et d’obésité, ce rapport vise à rendre effective cette priorité par une réflexion sur les conditions de réussite et de pérennisation de ce « virage préventif ». Avec l’exemple de l’obésité, **l’objectif pour le HCAAM est d’identifier les leviers d’amélioration et les alternatives autour des enjeux territoriaux, organisationnels et financiers, afin de développer la prévention dans le système de santé et les territoires.**

---

<sup>123</sup> Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé – Avis du HCAAM adopté le 28 juin 2017. [http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/refonder\\_les\\_politiques\\_de\\_prevention\\_et\\_de\\_promotion\\_de\\_la\\_santevf07072017.pdf](http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/refonder_les_politiques_de_prevention_et_de_promotion_de_la_santevf07072017.pdf)

<sup>124</sup> IGAS. Évaluation du programme national nutrition santé 2011-2015 et du plan obésité 2010-2013. Juillet 2016.

<sup>125</sup> HCSP. Pour une Politique nutritionnelle de santé publique en France. PNNS 2017-2021. Novembre 2017.

<sup>126</sup> Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé – Avis du HCAAM adopté le 28 juin 2017.

<sup>127</sup> CNS. « Renforcer et mobiliser les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé » - avis adopté en assemblée plénière le 8 février 2018.

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis\\_acteurs\\_prevention\\_plen\\_0802\\_revu\\_gt\\_mis\\_en\\_ligne\\_160318.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_acteurs_prevention_plen_0802_revu_gt_mis_en_ligne_160318.pdf)

<sup>128</sup> HCSP. La prévention par les offreurs de soins (2018). <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=689>

<sup>129</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/12/29/SSAZ1735885D/lo/texte>



## Contexte et constats généraux

### Définition

Depuis que l'Organisation mondiale de la santé a défini en 1997 l'indice de masse corporelle (IMC) comme le standard pour évaluer les risques liés au surpoids chez l'adulte, l'obésité est classiquement définie par un IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>.

#### Indice de masse corporelle (IMC) ou indice de Quételet

Cet indice développé au XIX<sup>ème</sup> siècle est le rapport poids (kg) / [taille]<sup>2</sup> (m<sup>2</sup>). Il s'exprime en kg/m<sup>2</sup>.

On parle d'obésité modérée pour les IMC compris entre 30 et 35 kg/m<sup>2</sup>, d'obésité sévère pour les IMC compris entre 35 et 40 kg/m<sup>2</sup> et d'obésité morbide à partir d'un IMC  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>. Le surpoids correspond à un IMC compris entre 25 kg/m<sup>2</sup> et 30 kg/m<sup>2</sup>.

Des échelles de seuil spécifiques sont définies pour les enfants conformément à la définition de l'*International Obesity Task Force*.

L'IMC est un **indicateur de corpulence « populationnel »** : c'est un indicateur statistique qui vise à étudier la répartition du surpoids et de l'obésité (mais aussi de la dénutrition et de la maigreur) en population à partir de normes définies ; c'est un indicateur épidémiologique, associé à des risques pour la santé en termes de morbidité et de mortalité.

L'IMC a une bonne spécificité mais une mauvaise sensibilité pour identifier l'adiposité (la masse grasse)<sup>130</sup>. C'est donc un bon outil, simple, fiable et reproductible en première intention pour le dépistage. Individuellement, il faut ensuite pouvoir distinguer entre masse grasse et masse musculaire. Il faut également prendre en compte les comorbidités associées ainsi que le retentissement psycho-social de la maladie et la qualité de vie pour estimer la sévérité d'une obésité.

Un outil est en cours de développement en France, la grille « FORCE » (*French Obesity Research Centres of Excellence* ; Olivier Ziegler & Arnaud Basdevant 2018), qui aura pour objectif de grader la sévérité de l'obésité de l'adulte à partir d'un ensemble de critères médicaux et psychosociaux au-delà de la seule mesure de la corpulence par l'IMC.

### Épidémiologie

En termes de prévalence, après un fort accroissement au cours des années 1980-1990 on observe une stabilisation de la part de la population en surpoids ou en situation d'obésité depuis 2005 chez les adultes comme chez les enfants.

En 2015, chez les adultes, la prévalence du surpoids (obésité incluse) était de 54% chez les hommes et 44% chez les femmes, et celle de l'obésité atteignait 17%<sup>131</sup> (16,8% chez les hommes et 17,4% chez les femmes).

Les enquêtes de santé scolaire<sup>132</sup> montrent que 18,1% des élèves scolarisés en CM2 (2014-2015) sont en surpoids et 3,6% sont obèses. En grande section de maternelle (2012-2013), ils sont près de 12% à être en surpoids et 3,5% sont obèses. Depuis les années 2000, ces prévalences ont tendance à se stabiliser, voire à marquer un léger recul parmi les plus jeunes (5-6 ans).

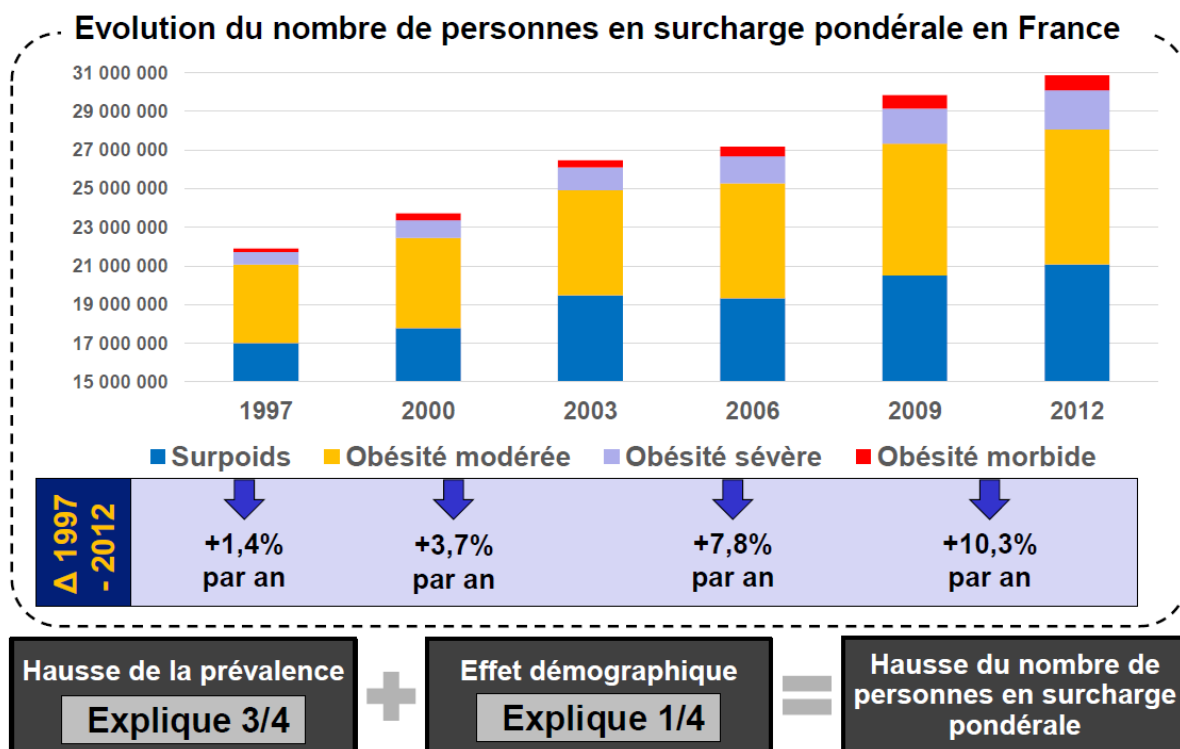
Toutefois, si la prévalence de la surcharge pondérale a tendance à se stabiliser, le nombre de personnes en surcharge pondérale (obésité et surpoids) mesurée par l'indice

<sup>130</sup> Okorodudu DO. *et al.* Diagnostic performance of body mass index to identify obesity as defined by body adiposity : a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obesity*. Volume 34, pages 791–799 (2010).

<sup>131</sup> Verdot C. *et al.* Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006. *Bull Epidémiol Hebd.* 2017;(13):234-41.

<sup>132</sup> Rapport sur l'état de santé de la population en France – DREES & Santé publique France – édition 2017.

de masse corporelle (IMC) continue de croître. Du fait d'un effet générationnel, de plus en plus de personnes âgées seront touchées, en particulier les femmes. C'est pour les formes les plus graves (obésité morbide) que l'accroissement est le plus important : d'après l'enquête *Obépi*, le nombre de personnes atteintes a progressé de 10,3% par an entre 1990 et 2012. Globalement, un quart de la hausse peut être expliqué par des effets démographiques liés notamment au vieillissement de la population, l'obésité et le surpoids augmentant avec l'âge.

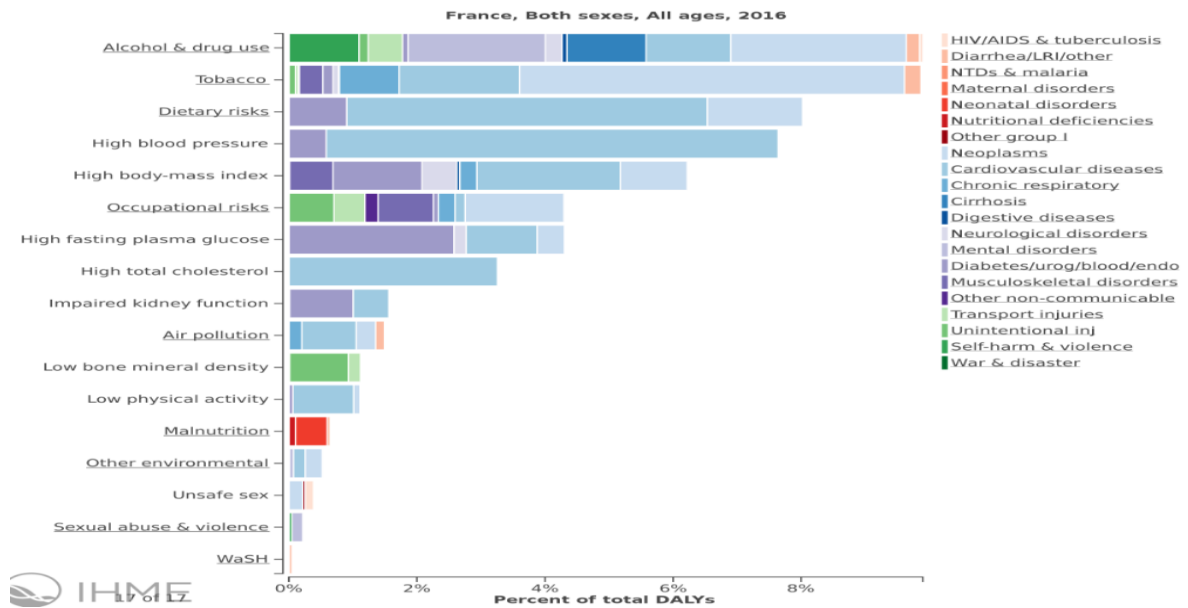


**Sources** : Daniel Caby (présentation pour le HCAAM) à partir des données de l'enquête OBEPI (enquête par voie postale).

Les facteurs nutritionnels, la sédentarité et l'obésité sont associés à un risque élevé de morbidité et de mortalité prématurée exprimée en termes de charge de morbidité ou « *burden of disease* » (DALYs<sup>133</sup>). En France, selon l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), l'alimentation serait, en 2016, responsable de près de 8% des années de vie perdues ajustées sur l'incapacité (DALYs), la sédentarité de près de 1% et le surpoids et l'obésité de près de 7%.

<sup>133</sup> L'indicateur DALY quantifie la « charge de morbidité ». Il est la somme des années de vie perdues par mortalité prématurée et des années en bonne santé perdues par l'incapacité due à la maladie.





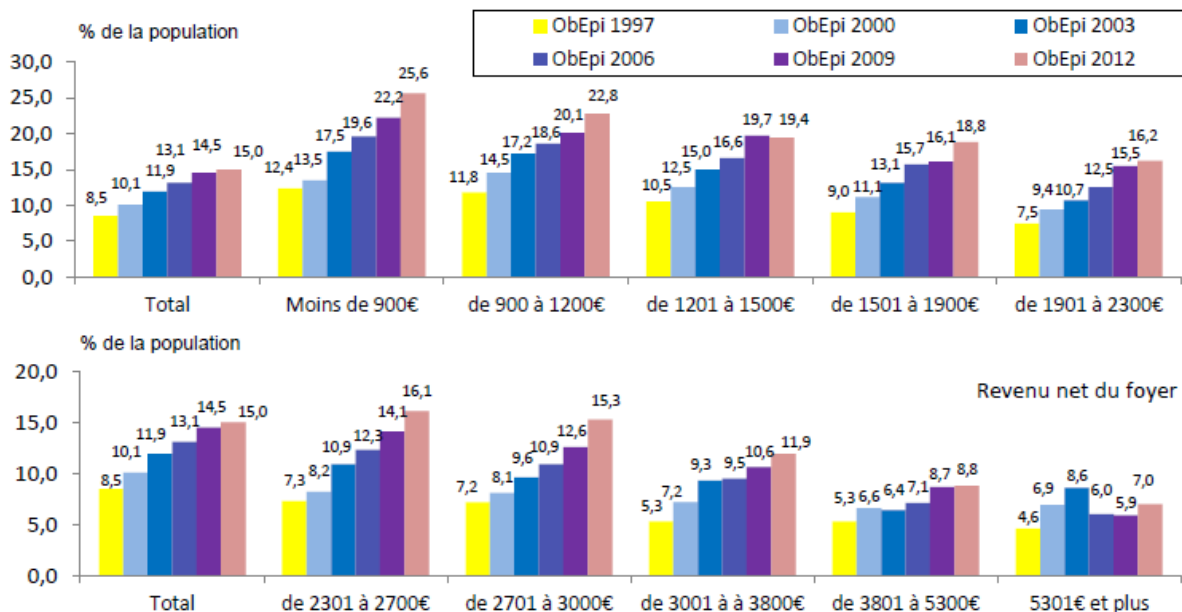
## Données statistiques et économiques

La distribution de l'IMC n'est pas homogène dans la population : elle dépend de l'âge, du sexe et de facteurs sociaux (diplôme, revenu, catégorie socio-professionnelle...).

Depuis 2006, la prévalence de l'obésité qui était en 1997 voisine chez les hommes et les femmes a tendance à augmenter plus rapidement chez les femmes que chez les hommes. Si le surpoids et l'obésité ont crû dans tous les groupes sociaux, il existe un net gradient social avec une prévalence plus élevée et un accroissement plus rapide pour les groupes sociaux les moins favorisés, que l'on retrouve quel que soit l'indicateur utilisé : profession, niveau d'étude ou revenu du foyer, et cela de façon plus marquée chez les femmes. La prévalence est presque 4 fois plus fréquente dans les populations socialement et économiquement défavorisées.

Les inégalités s'inscrivent dès le plus jeune âge. La proportion d'enfants souffrant d'obésité s'élève à 5,8% pour les enfants d'ouvriers contre 1,3% pour les enfants de cadres en grande section de maternelle et 5,5% contre 1,4% en CM2. Depuis les années 2000, les prévalences du surpoids et de l'obésité ont tendance à se stabiliser, voire à marquer un léger recul parmi les plus jeunes mais ces évolutions s'accompagnent de fortes inégalités sociales.





**Enquête Obépi** : Répartition de la population adulte obèse par niveau de revenus mensuels du foyer depuis 1997

La prévalence de l'obésité n'est pas uniforme sur le territoire. En métropole, les prévalences de surpoids et d'obésité sont les plus élevées dans le Nord (21,8% en 2012), suivi du bassin parisien (17,8%) et de l'Est (17,1%). Le taux le plus bas est observé dans l'Ouest (12,3%), un taux bien inférieur à la moyenne nationale (15%). La situation est encore plus préoccupante dans les territoires ultra-marins (encadré).

**Surpoids et obésité dans les DOM** – rapport sur l'état de santé de la population en France

Le surpoids et l'obésité en Martinique et en Guadeloupe sont élevés et progressent rapidement : chez les femmes la proportion de l'obésité mesurée est respectivement de 33% et 31% en 2013 alors qu'elle était de 26% en Martinique en 2003 et de 21% en Guadeloupe en 2005.

Les enfants sont eux aussi davantage en surpoids et en situation d'obésité que ceux de la Métropole : en 2014, 4,8% des enfants de classes maternelles et 5,5% des enfants de classes de CM2 dans les DROM souffraient d'obésité contre 3,5% et 3,6% respectivement en Métropole.

En 2012, le coût social de la surcharge pondérale (surpoids et obésité) est estimé à 20,4 Md€ dont 12,8 Md€ pour l'obésité seule<sup>134</sup>. A titre de comparaison, le coût social de l'alcool et du tabac sont estimés respectivement à 15 Md€ et à 26,6 Md€.

L'IRDES chiffrait le coût de l'obésité entre 4,2 Md€ et 6,2 Md€ pour l'année 2002 sur le champ des remboursements de soins de l'assurance maladie. Sur le même champ (soins de ville, hôpital, indemnités journalières), la DGTrésor estime ces coûts pour 2012 à 13,4 Md€<sup>135</sup>. En 2030, les travaux de projection montrent que la hausse des coûts pour l'assurance maladie (scénario central) serait de 0,7% du PIB.

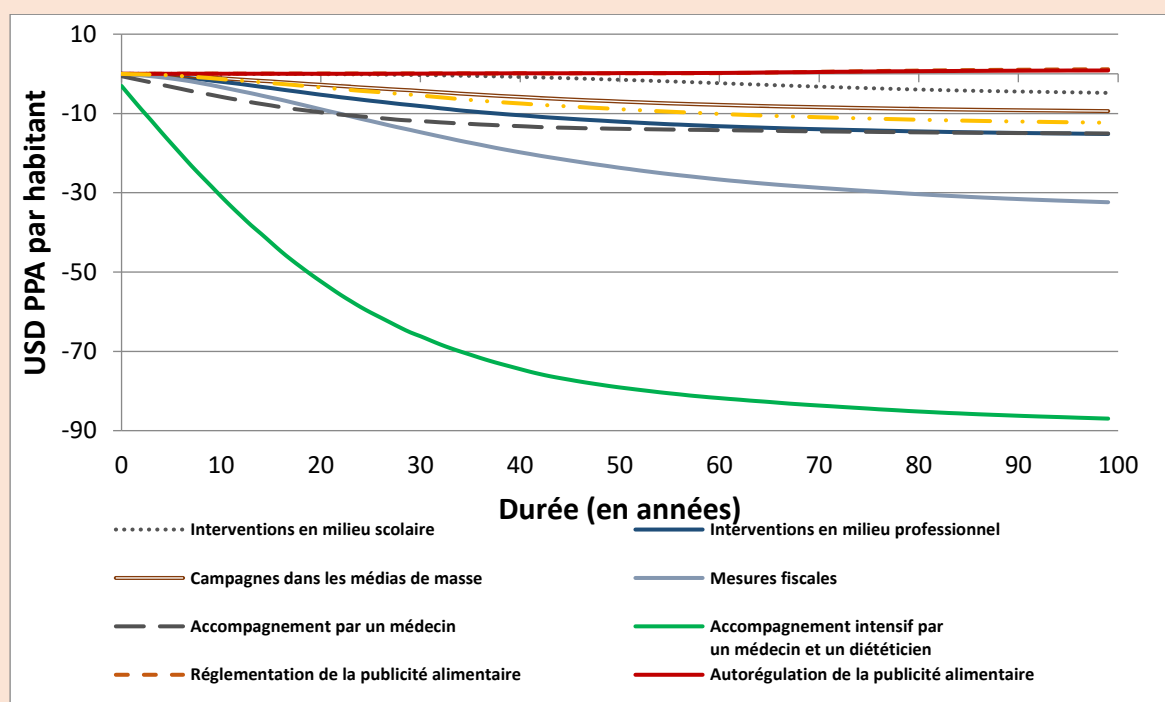
<sup>134</sup> Daniel Caby. Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ? Trésor-Eco n° 179 - Septembre 2016. <http://www.tresor.economie.gouv.fr/File/427684>.

<sup>135</sup> Le coût social a été déterminé à partir d'un modèle classique d'évaluation socio-économique basé sur la mesure du bien-être collectif. Les dépenses associées à la perte de qualité de vie et à la mortalité ne sont pas prises en compte.

### Aperçu des dispositifs actuels visant à lutter contre l'obésité – analyse économique

L'OCDE a développé un modèle de microsimulation (modèle de prévention des maladies chroniques dit modèle « PMC ») permettant de comparer l'effet de diverses interventions (taxes nutritionnelles, dispositifs de prévention et de promotion de la santé, etc.).

Les économies les plus importantes sont obtenues avec l'intervention « accompagnement intensif des personnes à risque dans le système de soins primaires ». Cette intervention engendre des économies trois fois plus importantes que les mesures fiscales. Dans le cas de la réglementation de la publicité, le bilan net global se solde par une faible hausse des dépenses de santé<sup>136</sup>. On note toutefois que le modèle ne prend pas en compte les coûts d'intervention : les résultats sont des « effets bruts des mesures » et non des rapports coût-efficacité.



Une autre synthèse a pris en compte le coût des interventions visant la perte de poids (critères de coût-efficacité). Cette analyse objective que les mesures fiscales (taxe nutritionnelle) seraient des mesures rentables<sup>137</sup>, la chirurgie bariatrique et la prise en charge nutritionnelle en soins de santé primaires des stratégies seraient efficaces<sup>138</sup>.

<sup>136</sup> OCDE 2010. Franco Sassi. L'obésité et l'économie de la prévention. 292p.

<http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/l-obesite-et-l-economie-de-la-prevention-9789264084889-fr.htm>

<sup>137</sup> La rentabilité signifie que les coûts liés à l'intervention sont compensés par les dépenses évitées. L'efficacité signifie que l'efficacité (en termes de santé) est produite à un coût jugé acceptable.

<sup>138</sup> Vos T., Carter R., Barendregt J. *et al.* Assessing Cost-Effectiveness in Prevention. Final report. Septembre 2008. [https://public-health.uq.edu.au/files/571/ACE-Prevention\\_final\\_report.pdf](https://public-health.uq.edu.au/files/571/ACE-Prevention_final_report.pdf).

## L'obésité sur le plan médical

L'obésité est d'origine plurifactorielle, génétique, métabolique, environnementale et sociale. Elle peut aussi être certains cas l'expression somatique de troubles psychiques<sup>139</sup> et s'aggraver avec la prise de certains médicaments psychotropes.

L'obésité n'est pas une maladie chronique au sens des ALD pourtant c'est une maladie chronique dont l'histoire naturelle est de s'aggraver au cours de la vie<sup>140</sup>.

Pour la HAS, des études de bon niveau de preuve (cohortes prospectives ou méta-analyses) montrent que les personnes en excès de poids présentent un risque accru de diabète de type 2, de maladies cardio-vasculaires, de cancer mais aussi d'arthrose, de lithiase vésiculaire, de reflux gastro-œsophagien, d'asthme et de troubles respiratoires du sommeil, de dépression, d'hépatopathie non alcoolique, de maladie rénale, d'incontinence urinaire et de troubles de la reproduction<sup>141</sup>. C'est pour le diabète que le risque est le plus élevé.

L'obésité survient parfois très précocement. La prise de poids est souvent progressive, plus ou moins acceptée ou tolérée selon les contextes culturels et sociaux. L'excès de poids peut entraîner des conséquences morphologiques et esthétiques qui peuvent être source de souffrance physique et psychique pour l'enfant et l'adolescent dont l'impact ne doit pas être minimisé. Elles peuvent en particulier être source de mal-être et d'isolement (phobie sociale, troubles anxieux, ...). Au cours de la croissance, la corpulence varie : elle augmente la première année de la vie, puis diminue jusqu'à l'âge de 6 ans, et augmente à nouveau jusqu'à la fin de la croissance. La remontée de la courbe de l'IMC observée autour de l'âge de 6 ans est appelée rebond d'adiposité. Les études montrent que l'âge au rebond d'adiposité est corrélé à l'obésité à l'âge adulte : plus il est précoce, plus le risque de devenir obèse est élevé. La HAS rapporte que la probabilité qu'un enfant obèse le reste à l'âge adulte varie selon les études de 20 à 50% avant la puberté, à 50 à 70% après la puberté<sup>142</sup> et souligne ainsi les enjeux d'un repérage et d'une prise en charge précoce. Comme le rapporte le professeur Arnaud Basdevant « *Le plus souvent, faute d'intervention précoce ou du fait de la persistance de ses déterminants, la maladie s'installe dans la durée. Elle s'aggrave en raison du développement d'anomalies organiques du tissu graisseux qui, pour des raisons biologiques, devient de plus en plus résistant aux traitements qui impliquent alors d'importantes contraintes et astreintes comportementales (diététique, activité physique, éventuelle assistance respiratoire, insulinothérapie...)* »<sup>143</sup>. Les études se multiplient pour démontrer l'intérêt à agir avant la puberté<sup>144</sup>.

<sup>139</sup> L'histoire personnelle, familiale et un vécu traumatique dans l'enfance peuvent être des facteurs d'obésité à l'âge adulte.

<sup>140</sup> En ce sens, l'obésité n'est pas comptabilisée dans les travaux sur les dépenses médicalisées de l'assurance maladie. Les seules données statistiques économiques sont issues d'études économiques (voir les travaux de Caby – DG Trésor) ou ne concernent que la part de la chirurgie bariatrique dans les dépenses de santé.

<sup>141</sup> HAS – Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours. Octobre 2011.

<sup>142</sup> HAS – Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent - Septembre 2011

<sup>143</sup> A. Basdevant. Propositions d'actions pour l'amélioration des conditions de prise en charge des personnes obèses dans les établissements de santé. Avril 2009.

<sup>144</sup> Par exemple pour réduire le risque de diabète de type 2 à l'âge adulte : <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM-Moa1713231>

### Obésité : normes et représentation – l'apport de la sociologie

Les débats autour de l'obésité comme facteur de risque ou comme maladie peuvent sembler relever du débat d'expert mais ceux-ci ne sont pas sans incidence sur la représentation de l'obésité dans la population et parmi les soignants. En particulier, parce qu'il s'agit *in fine* de s'accorder sur les moyens de la combattre<sup>145</sup>. Comme le rappelle le sociologue Thibault de Saint-Pol « *une vision simpliste de l'obésité couramment répandue, en fait un problème univoque dont la source tiendrait à des traits de caractère* »<sup>146</sup>. Il est ainsi primordial de rappeler les recommandations de la HAS : « *il est recommandé que le médecin prenne en compte aussi les préoccupations liées à l'image corporelle, l'estime de soi et la représentation de la maladie* ».

L'état d'obésité renvoie à des réalités multiples et invite à parler d'« obésités » au pluriel, à la fois parce que les causes macrosociales, mais aussi au niveau individuel, sont multiples. Les approches proposées par les sciences humaines incitent à développer des prises en charge très individualisées, adaptées au cas de chacun, en mobilisant une diversité d'outils ce qui suppose de développer des approches non seulement médicales, mais beaucoup plus larges au plus près des habitudes de vie, tenant compte de l'histoire de vie des personnes.

La notion de personne « obèse en bonne santé » reste controversée dans la littérature médicale et les études les plus récentes montrent que l'excès de poids en lui-même présente un risque pour la santé. Une étude de cohorte (520 000 participants, suivi médian de 12,2 ans) qui portait sur le risque de survenue d'accident coronarien et d'infarctus du myocarde retrouvait des résultats déjà connus à savoir que ce risque est plus élevé pour les personnes obèses que les personnes de corpulence normale ainsi que pour les personnes à risque vasculaire<sup>147</sup> *versus* les personnes sans risque vasculaire. L'originalité de la publication portait sur l'analyse fine du cumul de ces risques en population générale qui quantifiait un accroissement du risque de l'ordre de 25% chez les personnes en surpoids ou obèses sans syndrome métabolique associé.

IMC	Sans « syndrome métabolique » HR [IC95%]	Avec « syndrome métabolique » HR [IC95%]
≤ 25 kg/m <sup>2</sup>	Réf	HR = 2,15 [1,79 – 2,57]
25-30 kg/m <sup>2</sup>	HR = 1,26 [1,14 – 1,40]	HR = 2,33 [1,97 – 2,76]
≥ 30 kg/m <sup>2</sup>	HR = 1,28 [1,03 – 1,58]	HR = 2,54 [2,21 – 2,92]

HR : Hazard ratio (mesure du « risque de complication »)

**D'après Camille Lassale et al.** Separate and combined associations of obesity and metabolic health with coronary heart disease: a pan-European case-cohort analysis. *European Heart Journal*, Vol.39, Issue 5, 1 February 2018, Pages 397–406.

Cette étude est intéressante car elle montre aussi que le risque est significativement plus faible pour les personnes en surpoids ou obèses sans syndrome métabolique que pour les personnes de corpulence normale avec un syndrome métabolique. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que la prévalence et le cumul des facteurs de risque vasculaire

<sup>145</sup> Sans parler des diverses formes de discriminations que l'obésité induit (vie sociale et affective, accès à l'emploi...).

<sup>146</sup> Thibault de Saint-Pol. Obésité, normes et inégalités sociales – *le journal des psychologues*- Octobre 2015, n°311 p.19-20.

<sup>147</sup> Défini par un syndrome métabolique associant hypertension artérielle (3 mesures), hypertriglycéridémie, HDL-cholesterol bas, hyperglycémie et augmentation du rapport taille sur hanche.

sont augmentés chez les personnes en surpoids et chez les personnes obèses. En France, l'enquête *Obépi*<sup>148</sup> en 2012 montrait que la probabilité d'avoir l'association de 3 facteurs de risque cardiovasculaire traités (hors tabagisme) était 14 fois plus importante chez les personnes obèses et 5 fois plus importante chez les personnes en surpoids que dans la population de corpulence normale (encadré). Environ la moitié des personnes obèses ont au moins un facteur de risque associé contre un tiers des personnes en surpoids et 16% des personnes de corpulence normale.

#### Enquête *Obépi*

Le risque d'être traité pour hypertension artérielle est multiplié par 2,3 chez les sujets en surpoids et par 3,6 chez les personnes obèses par rapport aux sujets dont l'IMC est inférieur à 25 kg/m<sup>2</sup>.

La prévalence des dyslipidémies traitées est multipliée par 2,2 en cas de surpoids et par 2,7 en cas d'obésité par rapport aux sujets dont l'IMC est inférieur à 25 kg/m<sup>2</sup>.

Près de 3 fois plus de personnes déclarent un diabète traité ou sous régime seul en cas de surpoids, 7 fois plus en cas d'obésité *versus* des sujets dont la corpulence est inférieure à 25 kg/m<sup>2</sup>.

### Enjeux de la chirurgie bariatrique

La France est le pays européen où le recours à la chirurgie bariatrique est le plus fréquent.

Depuis les années 1960, diverses techniques ont été développées pour limiter les apports alimentaires (réduction de l'estomac : anneau périgastrique, gastroplastie) ou créer un syndrome de malabsorption (en court-circuitant un segment du tube digestif : bypass). Son efficacité est démontrée pour améliorer la perte de poids (environ 20% à 30% la première année) ainsi que sur l'amélioration des comorbidités associées (en particulier du diabète) et de la mortalité. En revanche la chirurgie de l'obésité n'est pas sans risque et les complications à court, long et moyen termes peuvent être sévères : carences vitaminiques (pouvant entraîner une ostéoporose, des troubles neurologiques : neuropathies optiques, neuropathies périphériques, myopathies) et troubles psychiques (dépression, anxiété). Le rebond de poids est également un risque majeur à distance de l'intervention en l'absence d'un suivi nutritionnel adéquat. La lourdeur et les risques de l'intervention font que la chirurgie s'accompagne d'une prise en charge préopératoire et post-opératoire assez lourde et ne concerne que des indications très précises pour des patients ayant bénéficié d'une concertation pluridisciplinaire. Une instruction ministérielle<sup>149</sup> précise que la prise en charge par l'assurance maladie pour les personnes âgées de moins de 18 ans ne sera désormais possible qu'à la condition d'être étayée par le compte-rendu de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) d'un CSO, centre spécialisé de l'obésité.

La HAS a publié des recommandations qui définissent les indications<sup>150</sup>, le bilan préopératoire, la réalisation des interventions et le suivi post-opératoire. Des indicateurs ont par ailleurs été développés pour estimer la qualité des prises en charges en pré-opératoire.

<sup>148</sup> Enquête déclarative par autoquestionnaire et par voie postale chez les 18 ans et plus résidant en ménages ordinaires en France métropolitaine. [http://www.roche.fr/content/dam/roche\\_france/fr\\_FR/doc/obepi\\_2012.pdf](http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/obepi_2012.pdf).

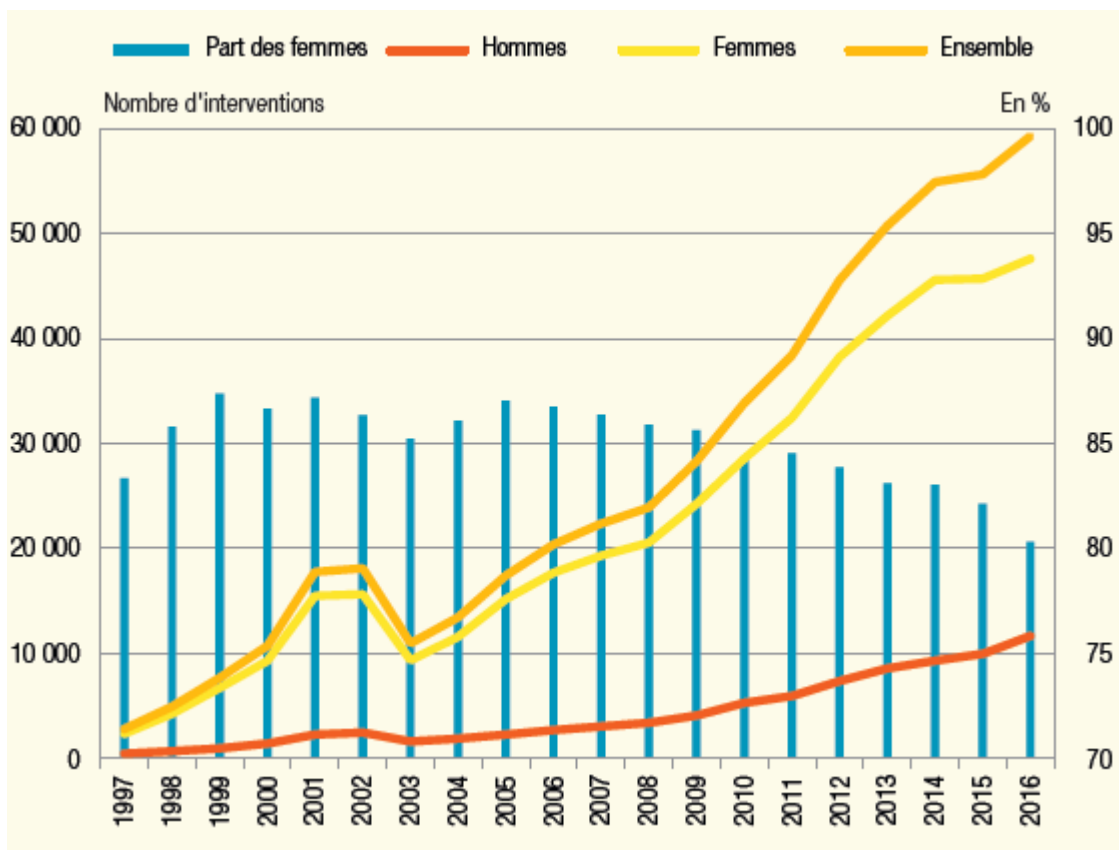
L'un des avantages de la méthodologie d'*ObÉpi* est sa facilité de réalisation qui a permis entre 1997 et 2012 de suivre à intervalle rapproché la tendance évolutive de la prévalence de l'obésité de l'adulte en France métropolitaine et de recueillir sur un grand nombre de personnes (panel de 20 000 foyers, représentatifs par quota, de la population française) de nombreuses variables socio-démographiques à un échelon de représentativité régionale. La limite majeure est liée au mode de recueil par auto-questionnaire qui sous-estime la prévalence.

<sup>149</sup> Instruction du 11 janvier 2016 relative à la régulation des actes de chirurgie bariatrique chez les patients de moins de 18 ans.

<sup>150</sup> Indications de la chirurgie bariatrique (HAS, 2009) : IMC > 40 kg/m<sup>2</sup> ou IMC > 35 kg/m<sup>2</sup> avec au moins une comorbidité associée (diabète, hypertension...), en deuxième intention, après un échec d'un traitement médical, nutritionnel, diététique et psychothérapeutique bien conduit de six mois à un an.



## Evolution des interventions de chirurgie de l'obésité de 1997 à 2006.



Source : DREES, ER 1051 – 2018, données PMSI MCO-ATIH.

La DREES estime que le nombre de séjours pour une intervention de chirurgie bariatrique a été multiplié par 20 en vingt ans pour atteindre 59 300 séjours en 2016<sup>151</sup>. D'après les données de la CNAMTS, on compte actuellement en France un demi-million de personnes ayant bénéficié d'une intervention de chirurgie bariatrique<sup>152</sup>. Seules 14% des personnes opérées ont un bon suivi à cinq ans, 50% ayant un suivi moyen et 36% un mauvais suivi (une seule ou aucune consultation avec un médecin généraliste, aucune consultation avec un chirurgien ou un endocrinologue [ni hospitalisation], aucun bilan sanguin (fer, calcium, vitamine D) et si bypass, aucune délivrance de fer, calcium ou vitamine D).

La chirurgie n'a pas d'indication dans la prise en charge de l'obésité de l'enfant et de l'adolescent. Son utilisation n'est pas recommandée par la HAS. Pourtant, selon les données de la DREES ce sont quelques 1 500 enfants et adolescents qui ont été opérés sur 20 ans et les chiffres annuels ont tendance à croître.

Dans un rapport récent sur la chirurgie de l'obésité, l'académie de médecine<sup>153</sup> fait de nombreuses propositions depuis la révision des recommandations de la HAS, à l'instauration de seuils d'activité en passant par le partage du dossier médical entre équipes chirurgicales et médecins généralistes, le remboursement des vitamines nécessaires

<sup>151</sup> Ph. Oberlin et Ch. de Peretti. Chirurgie de l'obésité : 20 fois plus d'interventions depuis 1997. DREES – Février 2018. *Etudes et Résultats* N°1051.

En 2016, la chirurgie bariatrique était pratiquée dans 524 établissements<sup>4</sup>, de tous statuts. L'activité annuelle par établissement est très variable. Pour certains d'entre eux, il s'agit d'une activité très importante : deux établissements à but lucratif ont opéré chacun plus de 1 300 patients en 2016 ; onze établissements, dont neuf à but lucratif, en ont opéré entre 500 et 1 000. À l'inverse, 102 établissements, de tous statuts, en ont opéré chacun moins de 10.

<sup>152</sup> *Charges et produits* – CNAMTS – Edition 2018.

<sup>153</sup> Académie de médecine. Améliorer le suivi des patients après chirurgie bariatrique. Rapport. Décembre 2017.

<http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/12/Chirurgie-bariatrique-rapport-final-27-novembre.pdf>.

pour lutter contre les carences après l'opération, le remboursement des dosages biologiques et des actes relevant de la chirurgie bariatrique sur la base des consultations complexes, sans oublier la formation des professionnels.

## Obésité et politiques publiques

L'obésité fait l'objet d'une attention des pouvoirs publics indéniable mais fragmentée et principalement axée sur l'autonomie et la liberté individuelle en s'adressant d'abord à la responsabilité des individus considérés comme rationnels.

### Les plans et programmes nationaux en lien avec la lutte contre l'obésité.

Lancé en janvier 2001, le *Programme national nutrition santé* (PNNS) a pour objectif général l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition. Il est orienté vers la prévention, l'éducation nutritionnelle, l'offre alimentaire. Le PNNS a été régulièrement reconduit depuis 2001, un quatrième plan est en cours de préparation<sup>154</sup>.

Par ailleurs, un *plan national obésité* (PNO) a été conduit entre 2010 et 2013 avec pour objectif de répondre à la croissance du nombre de sujets gravement atteints. Le PNNS traite de la nutrition comme déterminant de la santé, le *Plan obésité* s'articule avec le PNNS par l'organisation du dépistage et de la prise en charge des patients.

A noter que le parlement a institué, en 2010, un programme gouvernemental quinquennal relatif à la nutrition et à la santé (Code de la santé publique article L. 3231-1) ainsi qu'un programme gouvernemental pour l'alimentation (Code rural, article L. 230-1).

Enfin, un Plan national « sport santé – bien-être » a été lancé en 2012.

### Des actions qui visent davantage à la transformation des comportements individuels

A l'exception de l'interdiction des distributeurs automatiques dans les écoles, de la mise en œuvre de la « taxe soda » et plus récemment la difficile diffusion du logo *Nutriscore* qui reste marginale<sup>155</sup>, la politique de la lutte contre l'obésité en France vise principalement à inciter à la transformation des comportements individuels. Pour Henri Bergeron, ces politiques remettent peu en cause les intérêts des industriels. Ce courant est légitimé par la recherche épidémiologique autour des déterminants individuels de santé, les déterminants sociaux sur lesquels il est plus difficile d'agir étant négligés<sup>156</sup>. Il s'agit de responsabiliser, d'autonomiser les consommateurs : les citoyens-consommateurs doivent être convaincus que leur comportement, leurs habitudes doivent changer. Pour cela deux leviers sont mobilisés : l'information, visant à agir sur la connaissance, l'appétit et les croyances des personnes et, le « marketing » qui vise à manipuler l'environnement immédiat et l'architecture des choix individuels de consommation (on s'intéresse aux biais cognitifs afin de les neutraliser ou de les approfondir).


Aujourd'hui émerge un nouveau cadrage du problème de l'obésité autour du manque d'activité physique. Cette approche, aussi souhaitable qu'elle soit, se traduit par la dilution des responsabilités qu'elles soient individuelles ou collectives par le biais de diverses politiques (ville, transport, infrastructures...) et permet un relâchement de l'attention sur la contribution de l'offre alimentaire à la genèse du problème.

<sup>154</sup> HCSP. Pour une Politique nutritionnelle de santé publique en France. PNNS 2017-2021. Novembre 2017.

[https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20170912\\_PNNS20172021.pdf](https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20170912_PNNS20172021.pdf)

<sup>155</sup> Six mois après l'arrêté signé le 31 octobre 2017 officialisant le Nutri-score, ce sont seulement une trentaine d'entreprises de l'industrie agroalimentaire et de la grande distribution qui se sont engagées à faire figurer sur leurs produits le logo. Les principaux restent à l'écart et travaillent à l'élaboration de leur propre logo.

<sup>156</sup> H.Bergeron et P.Castel. Sociologie politique de la santé. PUF, novembre 2014 : voir sur ces questions le chapitre 5 en particulier.



Les mesures qui s'attaquent à l'offre alimentaire sont en effet assez rares. Avec les « chartes d'engagements volontaires de progrès nutritionnel » issues du PNNS 2<sup>157</sup>, il s'agissait d'inscrire la politique de lutte contre l'obésité dans un marché concurrentiel : « *il est espéré qu'une certaine homogénéisation s'opère parce que les acteurs vont modifier leurs pratiques en vue d'obtenir les labels qui leur permettront de se distinguer dans le champ considéré*<sup>158</sup> ». Toutefois, les représentants des intérêts de l'industrie alimentaire sont particulièrement efficaces. Les chartes signées ont été peu nombreuses (une trentaine) et n'ont fait souvent que valider des actions déjà conduites. Si on peut relever une certaine adhésion pour un objectif d'amélioration nutritionnelle permettant de comparer dans le temps les progrès en matière de composition nutritionnelle par produit, il s'agit surtout de ne pas aller jusqu'à pouvoir comparer les produits entre eux (logo nutritionnel).

Les PNNS ont eux-mêmes été également controversés autour de leurs valeurs, en mettant l'accent sur les aspects comportementaux de l'obésité c'est-à-dire témoignant d'une association de l'obésité à des « mauvais comportements » (sédentarité, mauvaise alimentation...). L'obésité n'y était pas traitée en tant que telle. Les *plans obésité* ont eu pour but de pallier certaines insuffisances en organisant notamment les prises en charge.

### Le plan obésité

Les PNNS dont le parti pris était d'embrasser l'ensemble des problématiques liées à la nutrition et d'éviter une approche populationnelle (ou par sous-groupe) avaient conduit à une dilution des enjeux. Le PNO, venait en complément des PNNS parce qu'ils ne permettaient pas d'identifier les besoins relatifs à la prise en charge de l'obésité par le système de soins.

Le PNO trouve son point d'ancrage dans un contexte français marqué par le « modèle pasteurien », modèle linéaire qui s'avère ne pas être opérationnel pour les maladies chroniques car ce sont des pathologies multifactorielles et évolutives. Ce modèle reste toutefois très prégnant notamment avec la logique de « parcours ». Il sous-tend un continuum promotion de la santé – prévention – soins qui ne permet pas conceptuellement de faire prévaloir la prévention et la promotion de la santé dans l'ensemble de la chaîne de soins. Une grande réussite du PNO est cependant d'avoir organisé la prise en charge de niveau 3 de l'obésité : labélisation des centres de prise en charge chirurgicale, investissement dans des équipements spécifiques adaptés, création des Centres spécialisés obésité (CSO) notamment. Inversement, si la lutte contre les discriminations était une volonté affichée du plan (axe 3), « *la mise en œuvre des actions destinées à lutter contre les discriminations est restée bien trop symbolique et discrète* » selon l'IGAS.

#### **Centres spécialisés de l'obésité (CSO)**

Instaurés par le plan obésité 2010-2013, ils sont au nombre de 37 répartis sur l'ensemble du territoire.

La circulaire ministérielle de juillet 2011, précise leurs missions :

- organiser la filière de prise en charge dans chaque région, rendre l'offre plus lisible pour les patients comme pour les professionnels et faciliter la diffusion des compétences sur le territoire,
- prendre en charge l'obésité sévère et promouvoir la prise en charge pluridisciplinaire.

---

<sup>157</sup> Arrêté du 27 avril 2004 fixant les conditions d'utilisation à titre expérimental de la marque « Programme national nutrition santé » et portant création d'un comité d'évaluation pour le logo du programme national nutrition santé auprès de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

<sup>158</sup> Olivier Pilmis *et al.* L'instrument d'action publique qui voulait être un dispositif marchand. L'échec (relatif) des chartes d'engagements volontaires de progrès nutritionnel. Congrès AFSP Paris 2013.

<http://www.afsp.info/congres2013/st/st17/st17pilmisbossybergeroncastel.pdf>

En termes de politiques publiques, l'obésité fait donc l'objet d'une attention indéniable mais disparate. Elle est également très inégale : l'effort demandé est massif du côté des individus (en termes de comportements) mais assez peu volontariste du côté des industriels de l'agro-alimentaire et assez peu structurée du côté des professionnels. Ces orientations sont confirmées dans la *stratégie de santé* puisque le *plan national de santé publique* met l'accent (axe 5) sur la promotion de l'activité physique pour lutter contre l'obésité chez l'enfant et que la feuille de route issue des états généraux de l'alimentation met l'accent sur l'information des consommateurs. Or c'est une politique coordonnée et interministérielle mais également claire pour les acteurs de la santé qu'il conviendrait de prioriser dans la *stratégie nationale de santé*. Celle-ci devrait se décliner dans les programmes régionaux de santé en préparation qui sont les principaux outils de mise en œuvre de la SNS.

## Obésité et Plans régionaux de santé

En l'état, la dispersion de l'action publique dans la lutte contre l'obésité est un facteur de complexité pour les ARS. La multiplication des plans au niveau national (PNNS-PNO, PSE, PNA, Plan sport santé bien être) ne permet pas d'action homogène et convergente. L'IGAS en 2016 faisait déjà le constat suivant : « *les administrations et les acteurs locaux piochent dans les différents plans pour tenter de donner une cohérence à l'action publique* »<sup>159</sup>. L'analyse des PRS en préparation va également dans ce sens. Si la *Stratégie nationale de santé* a identifié comme axe prioritaire la prévention et la promotion de la santé<sup>160</sup>, c'est de façon très variable que l'obésité est considérée comme une priorité de santé publique. Hormis dans certaines régions notamment les territoires ultramarins ou les Hauts-de-France, l'obésité est rarement identifiée comme une thématique prioritaire en propre. La prévention et la prise en charge de l'obésité est traitée diversement au travers de dispositifs ponctuels (dispositions relatives à l'activité physique le plus souvent), l'inscription dans des dispositifs expérimentaux ou simplement par la structuration de la filière « obésité » autour des CSO. Cela aboutit à des propositions diverses particulièrement autour de l'éducation thérapeutique. A titre d'exemples on peut citer :

- l'ARS Haut-de-France qui propose de structurer l'éducation thérapeutique en 3 niveaux (voir plus loin) précise que « *seuls les programmes d'ETP autorisés pourront, dans la limite des capacités financières du FIR, faire l'objet d'un financement à condition d'être dispensés en ambulatoire (hors hôpital de jour et consultations externes) et de répondre à la structuration d'un programme d'ETP et selon un modèle forfaitaire à l'activité* » ;
- l'ARS Bretagne propose de « *favoriser la prise en compte de la promotion de la santé dans les projets des professionnels de santé libéraux* ». Il s'agit de mener des expérimentations avec des sites volontaires porteurs de projets de santé dans le cadre des structures d'exercice coordonné (maisons de santé pluriprofessionnelles, équipes de soins primaires...) ; de développer l'offre d'éducation thérapeutique au sein des structures d'exercice coordonné (centres de santé, MSP, ESP...) avec les professionnels du premier recours et organiser la complémentarité avec l'offre d'activité physique adaptée ainsi qu'avec les programmes et services d'accompagnement (Prado et Sophia, éducation thérapeutique dans les centres d'examen de santé) proposés par l'Assurance maladie.

<sup>159</sup> IGAS. Évaluation du programme national nutrition santé 2011-2015 et du plan obésité 2010-2013. Juillet 2016.

<http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-020R.pdf>

<sup>160</sup> Axe 1 de la SNS « Mettre en place une politique globale de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie ».

- l'ARS Ile-de-France signale un protocole d'accord ARS-URPS médecins sur la période 2017-2021 pour l'« Expérimentation d'un Accompagnement thérapeutique de proximité »<sup>161</sup> : « *le protocole entre l'URPS médecins et l'ARS Île de France de juillet 2017 prévoit la mise en place d'un dispositif pour permettre aux médecins de ville la pratique d'une éducation thérapeutique par le biais de séances spécifiques abordant plus largement l'ensemble des déterminants de santé du patient chronique et favorisant l'acquisition de connaissances pour mieux gérer leur pathologie. Cette activité peut notamment s'envisager à l'annonce de la maladie ou faire suite à un épisode aigu qui a nécessité une hospitalisation d'urgence et éventuellement en relais d'un programme d'ETP délivré à l'hôpital* ».
- les ARS Auvergne-Rhône-Alpes et Occitanie préconisent le développement d'UTEP – unités transversales d'éducation du patient - en les confortant dans leur rôle d'appui méthodologique pour les programmes autorisés ou émergents et de formation à l'ETP (à terme une UTEP par département).

### **Actions de la CNAMTS**

La CNAMTS a bien identifié l'obésité comme un problème de santé publique, en particulier par le prisme des dépenses de soins associés à la chirurgie bariatrique. Dans son rapport charges et produits pour 2018<sup>162</sup>, elle propose ainsi de : (i) Renforcer le rôle des centres spécialisés de l'obésité dans le suivi des patients et créer un forfait pour le suivi postopératoire ; (ii) Mettre en place en lien avec les sociétés savantes un registre « chirurgie bariatrique » ; (iii) Instaurer un seuil d'activité minimum pour les centres de chirurgie de l'obésité. Elle mène par ailleurs une expérimentation relative à la prévention du surpoids et de l'obésité chez les enfants de 3 à 8 ans et donne les incitations aux professionnels : ROSP « prévention de l'obésité » (en plus de la consultation de suivi de l'obésité pour les enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité). Enfin, des actions ponctuelles sont menées localement à l'initiative des CPAM.

### **Actions des collectivités locales.**

L'action des collectivités locales en matière de prévention peut être issue de la déclinaison de programmes de santé publique nationaux visant à agir sur les déterminants de l'obésité (sédentarité et alimentation principalement) qui se déploient sur les territoires. Ainsi, dans le cadre du PNNS, parmi les différentes actions engagées, a été mis en place un *réseau des villes actives*. Les villes qui adhèrent au réseau s'engagent sur une charte sur le soutien aux objectifs du PNNS, notamment par la mise en place d'actions conformes aux recommandations et référentiels du programme. Trois cent dix villes sont recensées participant au réseau. L'IGAS soulignait en 2016 un essoufflement de l'engagement des collectivités, largement lié à l'absence d'animation du réseau des villes PNNS et à la concurrence d'autres réseaux sur le terrain qui bénéficient de financements plus substantiels. A cet égard, on peut citer le programme *EPODE*, maintenant appelé *VIF* (Vivons en forme), qui vise la prévention de l'obésité à l'échelle d'une ville. Initié par l'association Fleurbaix Laventie Ville Santé, le programme a été mis en place en 2004, et couvre maintenant environ 250 villes. Ce programme a pour objectif d'aider les familles à modifier en profondeur et durablement leurs modes de vie par la promotion d'une alimentation variée, équilibrée et plaisante et d'une activité physique régulière. Ce programme financé principalement par des partenaires privés issus de l'industrie agro-alimentaire a surtout permis d'offrir un espace d'action légitime à des acteurs qui étaient jusqu'alors exclus de la définition des politiques de santé publique<sup>163</sup>.

<sup>161</sup> Le dispositif d'ETP comprend près de 800 programmes autorisés au total, 24 millions d'euros annuels. Il est caractérisé par une concentration de programmes à Paris et en petite couronne, concentration en milieu hospitalier et moins en ambulatoire.

<sup>162</sup> Charges et produits – CNAMTS – Edition 2018.

[https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-activite-charges-produits-18\\_assurance-maladie.pdf](https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-activite-charges-produits-18_assurance-maladie.pdf)

<sup>163</sup> Bergeron H., Castel P. et Nouguez E. Lutter contre l'obésité en gouvernant les conduites des consommateurs. Questions de santé publique. N°25– Juin 2014.

La compétence générale de la commune permet également une action assez large mais diversement investie en matière de prévention et de promotion de la santé pour tout ce qui concerne la restauration scolaire, l'urbanisme ou le logement. Certaines villes qui ont gardé des compétences larges en matière de santé publique sont en capacité de mener des actions coordonnées pour lutter contre l'obésité. C'est le cas par exemple de Strasbourg qui a gardé toutes les compétences en matière de santé publique (PMI, santé scolaire...) et possède un réseau municipal intégré ce qui assure un ancrage territorial stable permettant de mener des actions dans la durée.

### **Actions menées à Strasbourg pour la prévention de l'obésité**

Interventions complémentaires multiniveaux et multi acteurs dans et en dehors du système de santé.

#### **Activité physique**

- *Vitaboucle* : parcours d'activités physiques urbaines (<https://www.strasbourg.eu/vitaboucle>) ;
- Sport-Santé sur ordonnance (expérimenté depuis 2012 dans plusieurs villes dont Strasbourg). Le dispositif bénéficie d'un financement mixte (collectivité territoriale, ARS, conseil départemental, régime local...). L'équipe municipale a un rôle de « *case manager* », le médecin généraliste étant le prescripteur. Le dispositif est gratuit pour les bénéficiaires la 1<sup>ère</sup> année et selon le coefficient familial les années suivantes ; 2 200 inclusions ont été faites depuis le début du programme<sup>164</sup> (critères d'inclusions : Obésité, ALD...).

#### **Alimentation**

- Dispositif *PRECOSS* (Jardins santé + Paniers santé) : s'adresse aux enfants en surcharge pondérale et à leur famille (cofinancement : ARS, CNAMTS...) mais dispositif non pérenne ;
- Tarif solidaire dans les cantines ;
- Action de promotion du petit déjeuner dans les écoles : avec les parents.

#### **Promotion de la santé à l'école, dans les collèges et les lycées**

- Parcours éducatif.

### **Action des organismes complémentaires d'assurance maladie**

La participation des organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) aux actions de prévention et de promotion de la santé est assurée de trois façons : les OCAM prennent en charge les frais de prévention de droit commun de façon complémentaire à l'assurance maladie ; ils assument également des prises en charge d'actes de prévention à titre supplémentaire ; enfin, certains OCAM développent des services de prévention et de promotion de la santé à destination des assurés.

L'introduction des contrats responsables en 2006 a permis d'ajouter au panier de soins des prestations de prévention identifiées mais aucune n'est en lien avec l'obésité<sup>165</sup>. Toutefois, la gamme de services proposée par les organismes complémentaires susceptibles d'être mobilisés dans la lutte contre l'obésité est assez large et concerne principalement la nutrition ou l'activité physique. Cependant, la couverture globale est difficile à estimer et les montants engagés ne sont pas connus précisément. A titre d'exemples, on peut citer :

<sup>164</sup> En mars 2018, il y a plus de 600 personnes actives dans le programme.

<sup>165</sup> Il s'agit des actes suivants : (i) Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, (ii) Détartrage annuel complet sus et sous gingival, (iii) Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitude à l'acquisition du langage écrit, (iv) Dépistage de l'hépatite B, (v) Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, (vi) Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans tous les 6 ans.



- des sites Internet dédiés à la prévention qui ont été mis en place par la plupart des OCAM, avec des informations santé et des conseils de prévention pour l'alimentation et l'activité physique ;
- des applications mobiles mises à la disposition des assurés pour permettre aux utilisateurs de collecter des données relatives à leur activité physique (nombre de pas, nombre de calories consommées ou perdues, etc.) et d'obtenir des conseils ou de bénéficier de coaching ;
- des campagnes d'information et d'éducation pour la santé proposées dans le cadre d'accords de branche avec la diffusion de notices d'information relatives à la nutrition ou à l'activité physique (branche propreté) ou à destination de publics spécifiques comme « Bouge...Une priorité pour ta santé ! », créée par la Mutualité Française en 2008 dont le but est de favoriser la pratique régulière d'activité physique chez les élèves allant du CP à la terminale ou le programme « Attitude prévention » mis en œuvre par les adhérents de la Fédération française d'assurance.

Certains contrats proposent en outre le remboursement de consultations de diététique jusqu'à concurrence d'une certaine somme ou d'un nombre limité de consultations définies dans les contrats. D'autres mutuelles ou assureurs proposent des « consultations de prévention », la MGEN développe un programme de réadaptation alimentaire dans un établissement SSR dont elle assure la gestion, etc.

## Conclusion

Malgré une politique publique fragmentée, il y a autour de l'obésité une forte mobilisation des acteurs avec de nombreuses initiatives sur le terrain (la base OSCARS<sup>166</sup> recense 1 875 actions avec le mot-clef obésité). On observe toutefois, une grande diversité des porteurs et des intervenants (offreurs de soins, associations, services de l'Etat, collectivités territoriales...) qui se traduit par un émiettement et un manque de lisibilité des financements. De ceci résulte une grande hétérogénéité d'offre selon les territoires (et donc une inégalité d'accès à la prévention et à la prise en charge).

La multiplicité des intervenants (professionnels de santé ou non), l'hétérogénéité des situations individuelles (médicales et sociales), la diversité des ressources et politiques menées sur les territoires incitent à penser des organisations territoriales de proximité proposant des solutions intégrées et hiérarchisées. Ces organisations qui font l'objet de ce rapport ne sont qu'un des leviers de la politique globale de lutte contre l'obésité. Elles viennent en complément des leviers majeurs nationaux (politique sectorielle, fiscalité, etc.) ou locaux permettant d'agir en amont de l'apparition de la maladie (prévention primaire) qui ne sont pas abordés ici.

Sur les territoires, un enjeu majeur porte sur le développement d'une offre de prévention et de soins s'adressant aux personnes en surpoids ou obèses (i) graduée en fonction de leurs besoins ; (ii) organisée sur les territoires (maillage adapté aux besoins de la population) ; (iii) s'appuyant sur la diversité des acteurs de soins primaires.

**L'objectif n'est pas de créer des parcours types mais des organisations rendant possible la prévention en « routine » en dehors des dispositifs expérimentaux ou dérogatoires et ceci de façon généralisée. Autrement dit, il ne s'agit pas de produire de nouvelles recommandations sur ce qu'il faudrait faire mais de comprendre pourquoi ce qu'il faut faire n'est pas mis en œuvre sur l'ensemble du territoire et de proposer des mesures correctrices pour rendre possible et effectif ce qui est souhaitable (partie II). Parmi ces mesures, les leviers en termes de financement doivent être examinés afin de sortir des dispositifs de financements dérogatoires ou précaires (partie III).**

<sup>166</sup> Base de données cartographique des actions régionales de santé OSCARS (Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé) : <http://www.oscarsante.org/>

# Quelles organisations cibles pour la prise en charge du surpoids et de l'obésité ?

## Préalables au déploiement des organisations cibles

Les stratégies démontrées efficaces en prévention et pour la prise en charge du surpoids et de l'obésité sont connues, faisant l'objet de multiples synthèses et recommandations en France comme à l'international. Schématiquement, elles peuvent se référer à quatre catégories non mutuellement exclusives :

- des stratégies normatives (réglementations, taxation des produits alimentaires non sains, ...),
- des stratégies favorisant le développement d'environnements favorables à la santé (par exemple, des aménagements urbains facilitant l'activité physique),
- des stratégies d'information et d'éducation visant à l'amélioration des compétences individuelles,
- des stratégies impliquant le système de soins pour prévenir, dépister ou prendre en charge le surpoids et l'obésité, leurs déterminants ou leurs conséquences.

**Ce rapport a pour objectif de décrire les organisations cibles du système de santé permettant de répondre aux objectifs de la politique de prévention de façon efficace, efficiente, équitable, acceptable et soutenable. Pour cela, il convient de souligner que ces organisations ne peuvent être envisagées que dans un cadre global intégrant l'ensemble des stratégies de prévention.** Par exemple, la prescription de l'activité physique par les médecins nécessite pour être effective des environnements favorables à travers des aménagements urbains, l'accès à des équipements sportifs, l'accessibilité aux services, des professionnels formés, etc. Ainsi, en complément de la définition d'organisations cibles du système de santé, il est nécessaire de disposer de politiques et d'environnements favorables, de pouvoir s'appuyer sur des dispositifs et des acteurs d'éducation et de promotion de la santé sur les territoires et de pouvoir mobiliser les milieux de vie et de travail des populations (collectivités territoriales, école, etc.). Il est par ailleurs nécessaire de s'appuyer sur les dispositifs de coordination de l'ensemble des acteurs du système de soins et de santé, et d'échanger avec les autres secteurs, tant au niveau national que local (régional ou infra-régional). Si la description de ces dispositifs de coordination est réalisée par ailleurs<sup>167,168,169</sup> et ne fait donc pas l'objet central de ce rapport, **leur mise en œuvre est une condition nécessaire à l'effectivité des mesures incitatives et organisationnelles que nous préconisons.**

Plus précisément, les organisations cible de prévention ne peuvent s'envisager indépendamment (1) de l'organisation des soins et (2) de l'organisation territoriale de prévention et promotion de la santé.

## De l'organisation des soins

L'activité de prévention ne peut se développer que pleinement intégrée aux soins. En termes cliniques, la distinction est en effet d'autant plus inopérante que la frontière entre soins curatifs et soins préventifs est floue, basée sur une approche théorique qui peut paraître artificielle (par exemple, la prévention tertiaire relève de la prévention

<sup>167</sup> Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé – Avis du HCAAM adopté le 28 juin 2017.

<sup>168</sup> HCSP. La prévention par les offreurs de soins. Avis et Rapport (2018).

<sup>169</sup> CNS. « Renforcer et mobiliser les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé » - avis adopté en assemblée plénière le 8 février 2018.

tout en participant aux soins curatifs). **L'intégration doit être structurelle, organisationnelle et fonctionnelle.**

L'intégration doit être **structurelle**. Autrement dit, il ne faut pas penser une organisation des soins préventifs parallèle à l'organisation des soins curatifs comme cela a pu être envisagé dans un certain nombre de dispositifs expérimentaux, avec notamment l'absence d'implication des acteurs centraux de la prise en charge curative, en particulier le médecin traitant. De même, un certain nombre de dispositifs et outils contribuent à la coordination des soins. En accord avec le principe d'intégration de la prévention à l'offre de soins, ces éléments ne devraient pas être développés spécifiquement pour la prise en charge préventive sauf exceptions dûment justifiées. Au contraire, celle-ci doit pouvoir bénéficier des évolutions du système de soins. Ainsi, il ne s'agit pas de développer des organisations *ad hoc* (par exemple un système d'information spécifique) mais de s'appuyer sur les évolutions organisationnelles des soins curatifs en veillant à ce que la prévention soit bien prise en compte dans ces organisations, dispositifs et outils.

L'intégration doit être **organisationnelle**. Ainsi, la prévention doit être entendue au même titre que pour les soins, en termes de service de santé à rendre à la population. Dans une approche systémique, telle que l'a préconisé le HCAAM dans son avis du 24 mai 2018<sup>170</sup>, les CPTS constituent le support d'une relation pluri professionnelle, intégrée entre les différents acteurs pour permettre le développement d'activités de prévention sur un bassin de population et de faire le lien avec les services spécifiques dédiés (PMI, santé scolaire, services de santé au travail).

L'intégration doit être **fonctionnelle**. Elle passe aussi par un changement des représentations : la prévention doit être perçue par chaque acteur du système de soins comme une mission « naturelle » et non pas – comme trop souvent aujourd'hui – comme une activité « optionnelle » réalisée quand les moyens le permettent. Les données montrent en effet qu'aujourd'hui, la démarche préventive, si elle fait bien partie de l'activité des offreurs de soins, est loin d'être une démarche systématique. Pour permettre une meilleure intégration de la prévention à l'activité des offreurs de soins, le HCSP a récemment émis des propositions<sup>171</sup>, notamment : l'élaboration et la diffusion de référentiels de pratiques cliniques préventives ; l'intégration de ces aspects dans la formation des professionnels de santé ; l'organisation territoriale de la prévention et la lisibilité de cette offre.

### **De l'organisation territoriale de la prévention et de la promotion de la santé au sens large du terme (politiques publiques, urbanisme etc.)**

L'efficacité de la prévention médicale dépend de son intégration à une offre territoriale de prévention et de promotion de la santé qui associe d'autres acteurs que ceux du système de santé. Il y a donc nécessité d'un dispositif d'échange et de coordination au niveau d'un territoire de proximité qui réunisse l'ensemble des acteurs du soin et de la prévention, les porteurs de politiques et d'interventions et les lieux de vie (collectivités territoriales, écoles, entreprises, associations...).

**Dans ce cadre, les contrats locaux de santé (CLS), conclus entre les ARS et les collectivités territoriales (article L1434-17 du code de la santé publique) qui reposent sur une démarche de concertation des acteurs locaux, pourraient représenter l'outil à mobiliser pour développer des organisations pluri-professionnelles et pluri-institutionnelles de prise en charge préventive de proximité. Ceci nécessite toutefois de faire évoluer ces dispositifs aujourd'hui très hétérogènes** quant à leurs modalités d'élaboration, de suivi, de gouvernance. En particulier, l'assurance maladie devrait être systématiquement associée à ces dispositifs de coordination locaux, notamment de par l'action des CPAM en termes de financement et de

<sup>170</sup> Contribution du HCAAM à la Stratégie de transformation de notre système de santé. Avis du 24 mai 2018

<sup>171</sup> HCSP. La prévention par les offreurs de soins. Avis et Rapport (2018).

conduite d'actions de prévention (la base OSCARS par exemple recense un certain nombre d'actions cofinancées par les CPAM). Cet investissement peut être un levier supplémentaire de mobilisation des collectivités qui s'intègre dans le cadre de la politique régionale et locale de santé.

## Modèles de prise en charge et fonctions-clefs

Les organisations du système de soins prenant en charge (ou pouvant potentiellement prendre en charge) le surpoids et l'obésité, leurs déterminants ou leurs complications, sont nombreuses. La plupart sont issues d'initiatives locales ou de dispositifs relevant de l'expérimentation. Rares sont celles qui ont été généralisées.

Leurs objectifs et leurs cibles peuvent varier : prévention primaire (alimentation et activité physique) ; repérage et dépistage des facteurs de risque de surpoids et d'obésité (en particulier les troubles du comportement alimentaire) ; repérage et dépistage du surpoids, du risque d'obésité, de l'obésité ; prise en charge médicale, chirurgicale et/ou éducative du surpoids et de l'obésité ; dépistage et traitement des complications. Ces organisations peuvent être spécifiques de l'obésité (les *RéPPOP*) ou non (dispositif *Asa-lée*). Elles impliquent des acteurs différents, reposent sur des cadres juridiques divers (de droit commun, dérogatoires, expérimentaux, informels, etc.), ont des processus variés de genèse, de gouvernance, de financement ou encore de fonctionnement.

L'analyse de ces organisations permet néanmoins de relever un certain nombre de « **fonctions-clefs** » communes. Ces fonctions-clefs consistent en des leviers particuliers, des éléments de processus, des conditions d'application, observés de façon récurrente comme associés, tout ou partie, à l'efficacité du dispositif quel qu'il soit<sup>172</sup>.

Il est à noter que dans cette analyse un certain nombre d'organisations ont été développées initialement pour prendre en charge les maladies chroniques. Toutefois, les problématiques comme les leviers mobilisés sont en grande partie communs aux champs de la prévention et de la prise en charge des maladies chroniques. En effet, la prévention, comme la prise en charge des maladies chronique s'inscrivent dans la durée, nécessitent une participation active du patient, doivent prendre en compte des facteurs contextuels, sont pluri-professionnelles<sup>173</sup>.

De plus, une part importante du suivi des patients atteints de maladies chroniques relève d'une approche préventive (notamment la modification des modes de vie).

Enfin, par-delà les spécificités des deux champs d'intervention, le pragmatisme et la recherche d'efficacité poussent à conceptualiser et mettre en place des dispositifs mutualisables entre les deux domaines. Par exemple, les *maisons sport-santé* dont le gouvernement envisage la création pourraient avoir un rôle d'accompagnement de l'activité physique des patients à risque (par exemple avec hypertension artérielle) comme des patients atteints de maladies chroniques.

<sup>172</sup> Hawe P., Shiell A., Riley T. Complex interventions : how "out of control" can a randomised controlled trial be ? *BMJ*. 2004 Jun 26;328(7455):1561-3.

<sup>173</sup> Glasgow RE., Orleans CT., Wagner EH. Does the chronic care model serve also as a template for improving prevention ? *Milbank Q*. 2001;79(4):579-612, iv-v.



## Fonctions clefs

### **Une définition précise des prises en charges, adaptées aux contextes, besoins, préférences et caractéristiques des personnes**

Cette fonction-clé est un préalable à toute démarche et fait référence à la nécessaire adaptation de la prise en charge à chaque individu. Elle s'appuie sur les leviers suivants :

- L'utilisation de recommandations de prise en charge et de protocoles précis, *evidence-based*, retraçant l'ensemble des étapes et services apportés et les conditions dans lesquels ils doivent être proposés ;
- La définition de référentiels permettant à chacun des acteurs de se positionner et de proposer, à son niveau, la prise en charge la plus adaptée aux besoins individuels ;
- La gradation des prises en charges afin de permettre de rester au plus près de l'évolution des besoins des personnes et d'apporter le « juste soin » ;
- La prise en compte de la diversité des situations, en intégrant les facteurs socio-environnementaux ;
- La formation des professionnels impliqués afin de positionner l'expertise au bon niveau de prise en charge et en cohérence avec les besoins des personnes.

La définition des prises en charge doit pouvoir être adaptée aux contextes locaux et aux conditions de faisabilité. Ces dernières dépendent des ressources existantes et des moyens investis autant que des besoins de santé repérés et des modalités collaboratives en vigueur sur le territoire.

### **Une prise en charge coordonnée pluri-professionnelle et pluri-institutionnelle**

La seconde fonction-clé tient à la mise en synergie des expertises des professionnels impliqués dans l'organisation cible. Elle s'appuie sur les caractéristiques suivantes :

- Une porte d'entrée dans le dispositif clairement identifiée qui peut passer par le médecin traitant ou s'appuyer sur une évaluation multiple mais orienter ensuite vers une prise en charge pluri-professionnelle ;
- Une prise en charge nécessairement pluri-professionnelle permettant d'appréhender la complexité du sujet qui requiert des expertises dans les domaines psychologiques, somatiques, sociaux, thématiques (activité physique, diététique), *etc.*

Cette pluri-professionnalité peut s'organiser librement entre entités différentes ou au sein même équipe, mettant en lien des maisons de santé, des équipes de soins ambulatoires, voire des équipes hospitalières en fonction du degré de sévérité, *etc.* ;

- Une coordination affichée et clairement identifiée par les acteurs et les usagers afin de fluidifier au maximum les prises en charge ;
- Cette coordination est fondée sur une définition claire des circuits entre professionnels, entre ville et hôpital, entre médical et social, entre système de santé et autres secteurs ;
- Une implication des acteurs de santé situés hors du système de soins, par exemple, la PMI, la médecine du travail, la santé universitaire, la santé scolaire. Cette implication est là aussi une condition pour éviter toute rupture ou mise en contradiction des services autour des personnes ;
- La définition et la prise en charge de nouveaux métiers ou de nouveaux rôles mobilisant des compétences spécifiquement dédiées : diététiciens, professionnels de l'activité physique adaptée, psychologues...

## Des outils et processus favorisant la coordination

La troisième fonction-clé fait référence aux modalités de coordination. Elle s'appuie sur plusieurs piliers :

- Un système d'information pertinent, complet, fluide, accessible et partagé entre tous les acteurs ;
- Des modes d'exercices favorisant la pluri-professionnalité. Ces modes d'exercices sont déjà en place dans d'autres domaines et l'organisation cible doit s'en inspirer : il s'agit des modes d'exercice regroupés, organisés ou en équipe ;
- Des espaces d'échanges structurés pour les cas complexes, telles que les réunions de concertation pluridisciplinaire ;
- Des dispositifs impliquant une fonction de référent et d'accompagnement.

## Une implication des patients par le développement de compétences personnelles / accompagnement

La quatrième fonction-clé fait référence à l'implication effective de la personne. C'est une condition d'acceptabilité, de faisabilité et d'efficacité de tout dispositif. Elle s'appuie sur les leviers suivants :

- Une orientation lisible<sup>174</sup> ;
- Une stratégie efficace d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique et d'accompagnement (au sens d'une aide et d'un soutien psychosocial fournis au patient pour renforcer sa motivation dans la durée) ;
- L'utilisation des objets connectés et des outils numériques au service du partage d'information entre professionnels et à l'accès à l'information pour la personne ;
- Des dispositifs spécifiques pour les publics vulnérables ;
- Une accessibilité géographique et financière aux dispositifs de prise en charge.

## Une implication des milieux de vie pour appuyer le système de soins ; une action combinée soins-environnement

Il s'agit pour cette cinquième fonction-clé de situer l'organisation cible dans un cadre global prenant en compte les autres stratégies mises en place, notamment celles situées hors du système de santé. Il s'agit en particulier d'intégrer dans l'organisation cible :

- L'action des collectivités territoriales dans un cadre structuré (tel que le contrat local de santé) ;
- L'action du milieu scolaire, du milieu de travail ;
- La synergie avec la politique nationale de prévention et ses leviers, en particulier la communication.

## Exemples d'organisations existantes

Il ne s'agit pas ici d'être exhaustif mais d'illustrer la façon dont les fonctions-clefs se sont déclinées et combinées au sein d'organisations mises en œuvre au sein du système de santé français, plus spécifiquement pour la prise en charge de l'obésité. Ici sont décrits des exemples de modèles organisationnels et non les éléments de la prise en charge mobilisés au sein de ces organisations (à l'exemple de l'éducation thérapeutique).

---

<sup>174</sup> Les usagers doivent avoir « un accès simple et documenté à une information sur l'ensemble des offres adaptées à leur situation dans le territoire où ils vivent » selon les termes de l'avis du HCAAM pour la contribution à la transformation du système de santé (avis du 24 mai 2018).



## Dispositifs spécifiques mis en place pour la prévention et la prise en charge de l'obésité

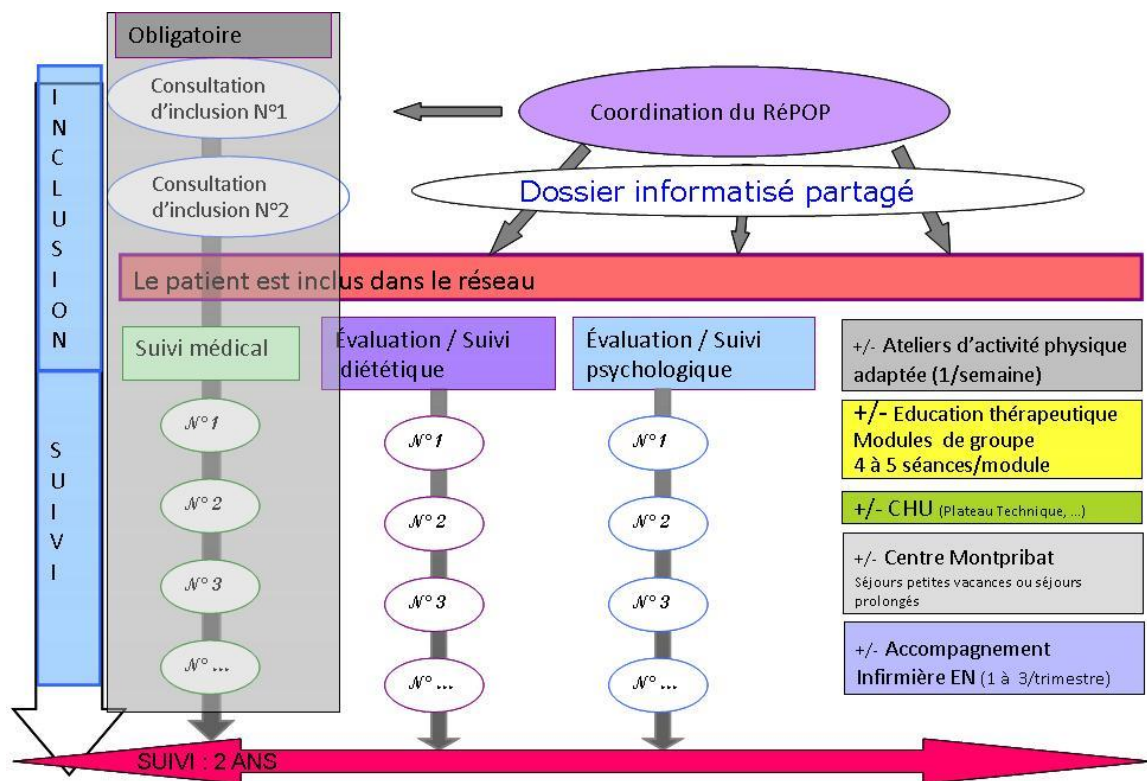
Cibles et territoires concernés	Principaux acteurs impliqués	Financement	Description du dispositif spécifique
<b>RéPPOP : Réseaux départementaux ou régionaux de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité Pédiatrique mis en place en 2003 dans le cadre du PNNS <sup>175</sup>.</b>			
<p>Enfants en surpoids ou obèses</p> <p>Concerne 9 réseaux départementaux ou régionaux</p>	<p>Professionnels de santé de ville en lien avec les autres acteurs</p>	<p>FIR</p>	<p>Les RéPPOP assurent la coordination territoriale des soins pour les enfants et leurs familles. Ce sont des réseaux ville-hôpital, le plus souvent constitués en associations loi 1901, agissant selon trois axes : la prévention, le dépistage et la prise en charge.</p> <p>Ils fédèrent les professionnels de santé de ville, les hospitaliers et les institutionnels (médecins et infirmières scolaires, médecins des PMI et des crèches, ...), en lien avec l'équipe de coordination du réseau. Leur efficacité a été évaluée<sup>176</sup>.</p>
<b>ICAPS</b>			
<p>Collégiens</p> <p>Expérimentation en Alsace puis déploiement national<sup>177</sup></p>	<p>Ecoles, Collectivités territoriales</p>	<p>AAP Inpes (2011/2012)</p>	<p>Icaps est un essai conduit en Alsace qui a montré des résultats positifs sur l'obésité de l'adolescent. Icaps repose sur un modèle dit « socio-écologique » qui prend en compte l'individu dans son milieu de vie et demande l'implication de partenaires qui agissent sur trois niveaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le jeune : ses connaissances, ses attitudes, ses représentations, ses motivations concernant la pratique sportive ;</li> <li>- son support social : entourage familial, enseignants, animateurs qui peuvent valoriser l'activité physique et encourager le jeune dans ce domaine ;</li> <li>- son environnement structurel et organisationnel, qui recouvre les notions de disponibilité, d'accessibilité et les conditions matérielles et institutionnelles (dégager du temps à l'école ou en dehors de l'école pour l'exercice physique au quotidien, faciliter un mode de transport actif et l'accès aux infrastructures sportives, etc.).</li> </ul>

<sup>175</sup> <http://www.cnreppop.com>.

<sup>176</sup> Carriere C., Cabaussel C., Bader C., Barberger-Gateau P., Barat P., Thibault H. Multidisciplinary care management has a positive effect on paediatric obesity and social and individual factors are associated with better outcomes. *Acta Paediatr.* 2016 Nov;105(11):e536-e542.

<sup>177</sup> <http://inpes.santepubliquefrance.fr/icaps/>

Rest'o			
Personnes obèses dans les centres sociaux	Travailleurs sociaux,  PS de premier recours	Sources diverses dont collectivités territoriales	Le programme Rest'o est un programme d'éducation thérapeutique pluriprofessionnel conduit dans les centres sociaux à destination de personnes vulnérables socialement <sup>178</sup> . Ce programme, initié en 2004 dans le cadre du PNNS vise à améliorer l'estime de soi, augmenter l'activité physique, modifier les choix alimentaires et recréer du lien social. S'adressant à des groupes de 10 à 12 personnes, il s'agit d'un programme basé sur une approche cognitivo-comportementale associant psychologue, diététicien, éducateur médico-sportif sur une dizaine de séances. L'évaluation a objectivé des résultats favorables (en termes de satisfaction et de perte de poids) qui se maintiennent à moyen terme (2 ans). De 2004 à 2015, 1 910 patients ont suivi le programme.
Nord-Pas-De-Calais			



### Exemple du parcours RÉPPOP Aquitaine<sup>179</sup>

<sup>178</sup> <http://associationresto.doomby.com/>.

<sup>179</sup> <http://www.reppop-aquitaine.org/prise-en-charge-du-patient>.

## Expérimentations organisationnelles nationales en cours sur la thématique de l'obésité

Cibles et territoires concernés	Principaux acteurs impliqués	Financement	Description du dispositif spécifique
<b>Obepedia</b>			
<p>Enfants et adolescents atteints d'obésité sévère ou complexe</p> <p>6 territoires pilotes (CSO : d'Angers, Bordeaux, Lille, Lyon, Nancy et Toulouse)</p>	<p>CSO,</p> <p>Ensemble des acteurs des systèmes de soins spécialisés (SSR...) et de proximité</p>	<p>FIR</p> <p>Les montants délégués fin 2017 pour le démarrage s'élèvent à 300 000 euros</p> <p>Intégration en cours dans les expérimentations article 51</p>	<p>Cette expérimentation initiée par la DGOS est conduite par 5 CSO à partir de 2018<sup>180</sup>. Elle s'inscrit dans le cadre de l'article 32 de la LFSS 2015 concernant les projets pilotes visant à optimiser les parcours de soins des patients souffrant de pathologies chroniques (Art. L. 162-31-1 du CSS).</p> <p>L'objectif du projet est de proposer à ces enfants et adolescents et à leurs familles une réponse médicale adaptée, globale et opérationnelle, à partir d'un projet partagé entre un CSO et une coordination de proximité, qui nécessite des coopérations organisées avec les différents professionnels impliqués dans cette prise en charge longue et spécifique, à l'hôpital et en ville. Un parcours a été construit à cet effet avec une rémunération des professionnels qui s'inscrivent dans ce parcours (montant non précisé).</p>
<b>Expérimentation « prévention du surpoids et de l'obésité chez les enfants de 3 à 8 ans » (CNAM)</b>			
<p>Enfants de 3 à 8 ans à risque d'obésité</p> <p>Départements du Nord et du Pas-De-Calais, de la Seine-Saint-Denis et le département et région d'outre-mer de la Réunion</p>	<p>Médecin traitant, autres professionnels (diététique, psychologique et activité physique)</p>	<p>Expérimentation inscrite dans la LFSS 2016 (article 68)<sup>181</sup></p>	<p>L'objectif est de mettre en place une prise en charge pluridisciplinaire (diététique, psychologique et d'activité physique) précoce et adaptée aux besoins de l'enfant et de sa famille. Cette prise en charge est prescrite par le médecin qui suit l'enfant : médecin généraliste, pédiatre ou médecin de PMI. La prise en charge pluridisciplinaire est financée via une rémunération forfaitaire qui permet la réalisation par des professionnels de santé et un psychologue appartenant à des structures sélectionnées pour mettre en œuvre ces expérimentations, de deux types de prestations :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- des bilans diététique, psychologique et d'activité physique : un bilan maximum dans chacune des trois disciplines, réalisé sur la base d'entretiens approfondis d'une durée d'une heure ;</li> <li>- des consultations de suivi diététique et/ou psychologique.</li> </ul>

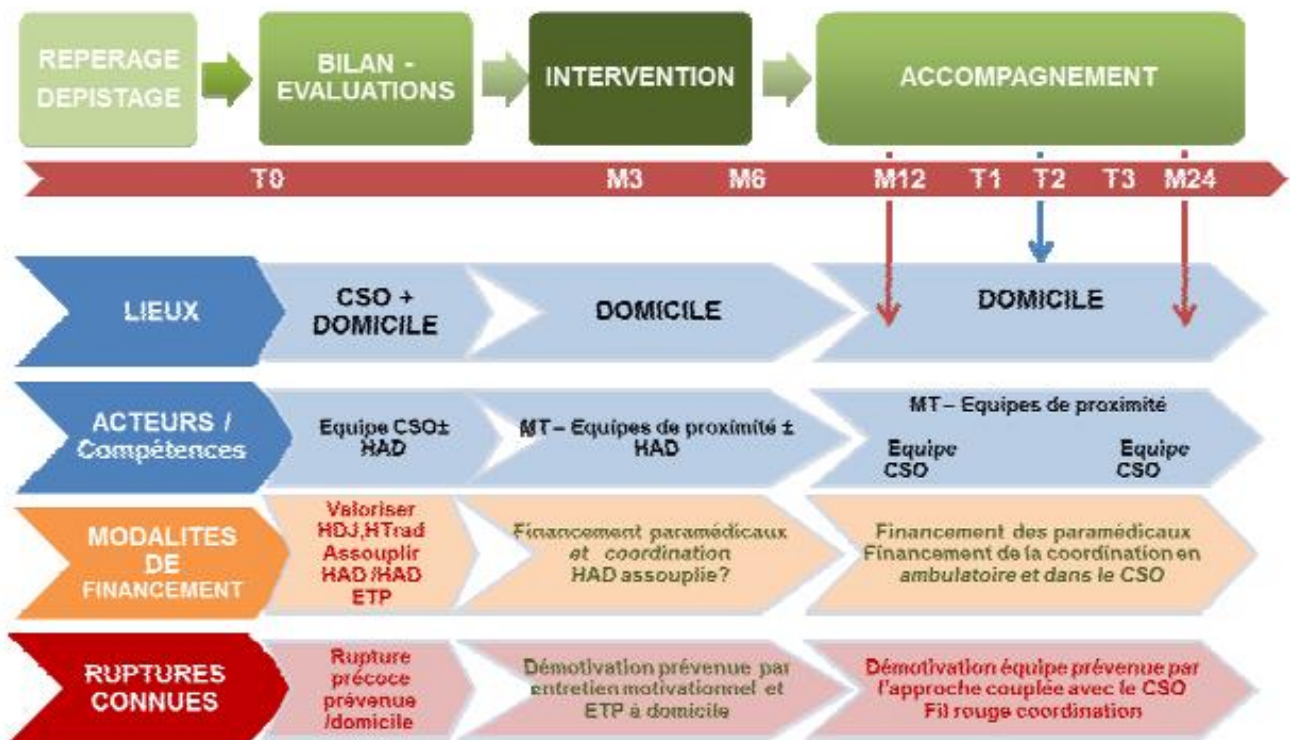
<sup>180</sup> [http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/02/cir\\_41853.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/02/cir_41853.pdf).

<sup>181</sup> <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-05/Cahier%20des%20charges.pdf>.

## Expérimentation d'une action de prévention du diabète (CNAMTS)

<p>Adultes (40 à 75 ans)</p> <p>IMC &gt; 25 kg/m<sup>2</sup> avec dosage de la glycémie au stade de « pré-diabète » (1,1 &lt; glycémie à jeun &lt; 1,26 g/l)</p> <p>Bas-Rhin, Seine-Saint-Denis, La Réunion</p>	<p>Professionnels (diététiciens, enseignants en activité physique adaptée, psychologues - accompagnement psychosocial au changement)</p>	<p>Expérimentation</p>	<p>Ce programme « <i>dites non au diabète</i> » est porté par la CNAMTS et vise à prévenir le diabète chez des adultes à risque élevé (surpoids et hyperglycémie à jeun élevée)<sup>182</sup>.</p> <p>Mis en œuvre par des acteurs locaux dans le domaine de la prévention, le programme d'accompagnement se compose d'ateliers individuels et collectifs. Il comprend un entretien individuel d'engagement, des séances collectives de 10 à 15 personnes pendant un an et une session collective de maintien des acquis l'année suivante.</p>
---	--	------------------------	--

### Schéma du parcours de soin obépédia<sup>183</sup>



<sup>182</sup> Charges et produits – CNAMTS – Edition 2018.

[https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/cnamts\\_rapport\\_charges\\_produits\\_2018.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2018.pdf)

<sup>183</sup> [http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/02/cir\\_41853.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/02/cir_41853.pdf).

## Dispositifs non spécifiques pouvant être mobilisés pour la prise en charge de l'obésité

Cibles et territoires concernés	Principaux acteurs impliqués	Financement	Description du dispositif spécifique
<b>Référent en prévention, exemple du programme « je t'aime mon cœur »</b>			
Personnes non-malades, présentant des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires  Lorraine	Médecin traitant, Infirmière référente, Professionnels de la prévention (diététiciens, enseignants en activité physique adaptée, psychologues, tabacologues)	Assurance maladie, ARS, Région	« <i>Je t'aime mon cœur</i> » est un programme de prévention des risques cardiovasculaires en Lorraine qui a été évalué <sup>184</sup> . Il s'agit d'un dispositif d'accompagnement de personnes non-malades présentant des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, par une équipe de professionnels paramédicaux sur des territoires prioritaires. La porte d'entrée est le médecin généraliste qui remplit une feuille de repérage du risque des patients. Le patient est ensuite adressé à une infirmière coordonnatrice (référente) qui organise un accompagnement par un personnel adapté en fonction des besoins (diététicien, intervenant en activité physique adaptée, psychologue, tabacologue). Le patient ne finance pas ces prises en charge.
<b>Le travail en équipe avec délégation, exemple d'Asalée</b>			
Patients atteints de maladies chroniques  France entière (1 959 médecins au 31 décembre 2017)	médecins généralistes, infirmiers	L'article 55 de la LFSS pour 2018 prévoit de la possibilité de faire rentrer <i>Asalée</i> dans un régime de droit commun	<p>Le protocole <i>Asalée</i> a été lancé en 2004 pour améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques. Dans les cabinets libéraux participants, des infirmiers délégués à la santé publique mènent des actions de prévention en coordination avec des médecins généralistes, principalement auprès de patients atteints de maladies chroniques.</p> <p>Le travail en équipe de proximité peut fédérer les médecins du cabinet mais aussi les professionnels du territoire. Les médecins doivent mettre à disposition de l'infirmier un cabinet les jours où il assure ses consultations, l'accès à un poste informatique et au logiciel patient. Du temps de coordination et un travail en équipe doivent être organisés. <i>Asalée</i> a bénéficié d'un programme d'évaluation conduit par l'IRDES.<sup>185</sup></p> <p><i>Asalée</i> dispose d'un mandat d'exécution pour rémunérer les salaires et charges des infirmières salariées ou l'équivalent de leur traitement en honoraires bruts. La convention prévoit aussi les indemnités perçues par les médecins et la charge de support.</p>

<sup>184</sup> <http://www.jetaimemoncoeur.fr/>.

<sup>185</sup> <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/232-action-de-sante-liberale-en-equipe-asalee.pdf>.

## Organisation de la prescription de l'activité physique et dispositif d'accompagnement

<p>Variables selon les expériences, en général patients en ALD</p> <p>Plusieurs villes en France</p>	<p>Villes,</p> <p>Professionnels de santé et de l'activité physique</p>	<p>Sources de financement diverses selon les expériences, (assurance maladie, collectivités territoriales, ARS...)</p>	<p>L'effectivité du « sport sur ordonnance » nécessite de mobiliser les professionnels de l'activité physique en milieu de soins ou non (exemple des clubs sportifs). L'implication des collectivités territoriales est majeure. Plusieurs expériences sont en cours pour organiser un parcours d'activité physique adapté aux besoins des patients. Ces expériences reposent sur des structures dédiées qui évaluent le besoin des personnes, coordonnent le dispositif et assurent le suivi. Ces structures sont de statuts divers (municipalité à Strasbourg<sup>186</sup>, unité hospitalière à Bayonne<sup>187</sup>). Le dispositif est pris en charge partiellement ou totalement pour les patients.</p>
--	---	--	---

### Freins et leviers à la prise en charge de l'obésité

Sont décrits ici les principaux freins et les leviers limitant ou favorisant la mise en place des organisations. Ces freins et ces leviers sont également envisagés dans la perspective d'une mise à l'échelle de ces organisations en routine (c'est-à-dire hors dispositif expérimental ou dérogatoire). Il s'agit ainsi de s'intéresser à l'acceptabilité, à la transférabilité, à la possibilité de généralisation et à la soutenabilité des organisations proposées dans le système de soins français.

#### Éléments généraux et de prérequis

##### *Préalables en termes d'organisation territoriale*

Comme déjà constaté par le HCAAM<sup>188</sup> et le HCSP<sup>189</sup>, les niveaux de territorialisation de la politique de santé sont mal définis, les dispositifs d'organisation territoriale, à l'exemple des CLS, sont hétérogènes dans leur répartition, leur contenu et leur mode de fonctionnement. Les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé sont mal identifiés par les acteurs du système de soins. Tout ceci concourt à diminuer l'effectivité des mesures proposées dans le cadre de la prise en charge par manque de relais dans les territoires.

##### *Déclinaison des politiques publiques*

La lutte contre le surpoids et l'obésité est une priorité politique objectivée par la mise en place de plusieurs plans nationaux ces dernières années. Au niveau régional, la plupart des ARS prennent en compte cette problématique dans les PRS mais de façon morcelée. Ainsi, en absence d'un dispositif cohérent d'implémentation des leviers afférents à ces objectifs dans les territoires, les organisations reposent en premier lieu sur des initiatives locales ce qui conduit à une organisation hétérogène sur le territoire, en « tache de léopard », facteur d'accroissement des inégalités sociales. Une exception à ce constat est la prise en charge de niveau 3, qui a été structurée dans le cadre du plan obésité, notamment via le dispositif des Centres spécialisés de l'obésité (CSO).

<sup>186</sup> <https://www.strasbourg.eu/sport-sante-sur-ordonnance-strasbourg>.

<sup>187</sup> <http://www.ch-cote-basque.fr/index.php/le-plateau-technique/le-plateau-technique/1695-sport-sante-en-pays-basque>.

<sup>188</sup> Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé – Avis du HCAAM adopté le 28 juin 2017.

<sup>189</sup> HCSP. La prévention par les offreurs de soins. Avis et Rapport (2018).



## Éléments liés à la coordination

### **Préalables en termes d'organisation des soins de proximité**

Les organisations cibles doivent pouvoir s'appuyer sur un réseau territorial de proximité fortement intégré. L'absence de cette organisation territoriale oblige en effet à penser des organisations thématiques *ad hoc*, pour l'obésité comme pour d'autres thèmes de santé, qui se superposent, ce qui n'est ni efficient et ni soutenable sur le plan économique.

### **Fonction de coordination**

La prise en charge, clinique et sociale, est d'emblée complexe. Elle implique de nombreux acteurs et s'inscrit dans la durée. La diversité, l'hétérogénéité et le manque de lisibilité et parfois d'accessibilité des offres sont autant de freins à la prise en charge. Les organisations comportent ainsi pour la plupart une fonction de coordination et d'orientation qui est un levier majeur. Cette dernière peut prendre des dénominations différentes : gestionnaire de cas, navigateur, coordonnateur, référent... (nous choisirons ici le terme générique de référent) ; elle peut être portée par des professionnels différents au sein de l'organisation des soins ou par des dispositifs spécifiques ; elle peut recouvrir des missions différentes selon les organisations.

### **Partage d'information**

L'absence d'un système d'information partagé entre les acteurs concernés par la prise en charge (dans et en dehors du système de soins, notamment la PMI et la santé scolaire) comportant les données individuelles nécessaires à la prise en charge préventive et au suivi des patients, le manque de standardisation des données existantes et leur fragmentation par offreur de prévention sont autant de freins à une prise en charge coordonnée<sup>190</sup>.

On ne peut que réitérer les termes de l'avis du HCAAM du 24 mai 2018<sup>191</sup> : « *Une intégration de l'ensemble des acteurs du réseau de proximité comme des structures de recours ou de référence dans un même cadre d'interopérabilité est une exigence minimale. Le développement d'outils numériques innovants doit faciliter l'orientation du patient, son accompagnement à long terme, ses contacts avec les professionnels de santé. Il doit également permettre de simplifier les conditions d'exercice des professionnels et de résoudre les problématiques centrales de coordination et d'échange d'informations* ».

## Éléments liés à la ressource humaine, aux compétences professionnelles et aux pratiques médicales

### **Formation, référentiels de pratiques**

Ces éléments sont indispensables à la mise en œuvre des organisations cibles. De nombreux patients ne bénéficient pas de la prise en charge adaptée par manque de connaissances des professionnels concernés sur l'obésité, ses facteurs associés et ses modes de prise en charge.

### **Stigmatisation des personnes en situation d'obésité**

Les stéréotypes et la stigmatisation dont souffrent les personnes en situation d'obésité (liées à des représentations négatives de cette situation et de ses déterminants) sont présents chez les professionnels de santé au même titre que dans la population générale. Ils sont une conséquence de l'insuffisance de formation de ces professionnels à l'abord et à la prise en charge des personnes en situation d'obésité et représentent un frein à une prise en charge adaptée (absence ou retard au diagnostic, pas de proposition

<sup>190</sup> HCSP. La prévention par les offreurs de soins. Rapport 2018.

<sup>191</sup> Contribution du HCAAM à la Stratégie de transformation de notre système de santé. Avis du 24 mai 2018.

d'une prise en charge au-delà de conseils généraux d'hygiène de vie pouvant par ailleurs s'avérer inadaptés, etc.).

Il faut ainsi agir sur la représentation de la maladie à différents niveaux :

- Auprès des professionnels et des établissements de santé : par des formations adaptées (médecins, nutritionnistes, diététiciennes...), par des incitations (par exemple en intégrant la bienveillance des obèses comme indicateur de qualité pour la certification des établissements de santé) ; en prévoyant du matériel adapté à leur prise en charge – lits, scanners... ;
- Auprès des patients eux-mêmes : il s'agit de restaurer l'estime de soi et un sentiment d'efficacité, moteur indispensable pour la motivation à changer de façon durable ses comportements individuels et familiaux ;
- Auprès de la population : par des campagnes d'information pour faire évoluer les représentations et les normes sociales.

### ***Absence de ressources médicales pour le deuxième niveau de recours***

Les médecins assurant une prise en charge spécialisée de l'obésité sont les titulaires du DESC de nutrition (300 à 400), des titulaires du DES d'endocrinologie, diabète, maladies métaboliques (environ 1 800 pour lesquels seulement une faible proportion de l'activité est consacrée à l'obésité) et certains autres médecins et professionnels médicaux (généralistes, pédiatres, sages-femmes...) ayant développé une compétence propre dans le domaine. Ces professionnels sont peu nombreux et inégalement répartis sur le territoire, ce qui représente un frein à la prise en charge. On peut toutefois noter qu'un DES de nutrition vient d'être créé dans le cadre de la réforme du troisième cycle des études médicales.

### **Éléments liés au financement et au modèle économique**

#### ***Situation des professionnels de santé hors code de la santé publique***

Participent à la prise en charge pluri-professionnelle de l'obésité des professionnels qui ne sont pas considérés comme des professionnels de santé au sens du code de la santé publique, en particulier les diététiciens, psychologues et actiphysiciens. Leur rémunération est donc, en l'absence de dispositif spécifique, à la charge des patients, ce qui est une limite à l'accessibilité et est un facteur d'inégalité.

En particulier, l'absence de prise en charge du diététicien est un frein majeur. Une prise en charge de ces professionnels, qui doit sortir d'un système dérogatoire, complexe à gérer et limité dans son volume, serait un levier à mobiliser. Une condition de cette prise en charge devrait être l'intégration dans une organisation ou un programme structuré.

#### ***Mode de rémunération ne favorisant pas la prise en charge dans la durée ni l'exercice pluri-professionnel.***

Le paiement à l'acte est adapté pour les prises en charge ponctuelles, lors d'épisodes aigus, mais n'intègre pas le besoin de suivi au long cours d'une affection chronique, ni les tâches de coordination et de supervision d'un parcours. De même, la concertation pluridisciplinaire, nécessaire dans les cas complexes, n'est pas actuellement prise en compte dans le système de tarification.

#### ***Non soutenabilité de la plupart des modèles expérimentaux actuels***

Les expérimentations locales comme nationales sont élaborées dans un cadre dérogatoire, incluant quelques dizaines à quelques milliers de patients avec des moyens mis en œuvre qui ne permettraient pas une généralisation le cas échéant. Cet élément est d'autant plus important à prendre en compte que le surpoids et l'obésité concernent près de la moitié de la population française.

## Principes et proposition d'une organisation cible

### Éléments de cadrage

De multiples organisations ont été initiées et expérimentées sur les territoires. Elles reposent globalement sur les mêmes principes de bases (les fonctions-clefs). Lesquelles sont les plus pertinentes pour répondre aux besoins ? Lesquelles sont généralisables ? Quelles conditions faut-il réunir pour les généraliser ?

L'enjeu n'est pas de créer des parcours types qui soient rigides et linéaires mais des organisations rendant possibles des trajectoires fluides et individualisées. Ces organisations doivent être pensées en « routine » en dehors des dispositifs expérimentaux ou dérogatoires, et ceci de façon généralisée (offre universelle).

Il s'agit en outre, par pragmatisme, de penser un système robuste, généralisable au-delà des problématiques nutritionnelles afin d'éviter l'hyper-sectorisation des prises en charge. En ce sens, il convient plutôt d'analyser comment chaque dispositif contribue à la santé des individus dans une approche centrée sur le patient et non pas sur la pathologie ou le facteur à prendre en charge. C'est l'intégration de ces dispositifs autour de problématiques spécifiques au sein d'un parcours cadre qui constitue la trajectoire.

Au-delà des fonctions-clefs, il est important de considérer les contextes, circonstances, freins et leviers à leur mise en place afin de déployer des solutions pérennes et acceptables en routine. Ceci oblige de plus à penser des organisations non figées, souples, c'est-à-dire adaptables aux contextes ainsi qu'aux contraintes et ressources locales, et qui peuvent donc prendre des formes différentes selon les territoires. Il appartient aux CPTS d'assurer cette mise en place pour tous les acteurs ambulatoires et de prévention (PMI, santé scolaire, santé au travail, services de santé mentale...) qui y sont inclus, en lien avec les établissements de proximité. Il existe des outils de contractualisation (on retrouve là les contrats locaux de santé notamment) qui peuvent être mobilisés pour ce faire.

L'organisation doit permettre d'atteindre les bonnes cibles. Or, on constate aujourd'hui une surmédicalisation des personnes qui n'ont pas de problème d'obésité, et une sous-médicalisation des obésités graves.

Les inégalités sociales appellent des actions adaptées ou ciblées faisant intervenir des intervenants communautaires pour pouvoir agir au plus près des lieux de vie et toucher les populations les plus précaires. Ceux-ci ont un rôle à jouer dans le dépistage ou le repérage et pour l'orientation précoce dans les dispositifs de prise en charge.

Il n'y a pas un modèle unique à promouvoir. Plusieurs modes d'organisation peuvent mobiliser les fonctions-clefs pour répondre aux enjeux, sous réserve du respect d'un certain nombre de conditions. De plus, des combinaisons entre organisations complémentaires peuvent s'avérer nécessaires. Il faut donc penser les fonctions comme autant de modules qui peuvent se combiner de façons différentes selon les contextes locaux et les besoins individuels. Les organisations ainsi composées d'une combinaison de fonctions doivent pouvoir s'adapter pour s'intégrer aux autres organisations présentes sur les territoires. Ceci est important à souligner en particulier pour les organisations promues au niveau national : il faut que leur déploiement sur les territoires prévoie explicitement des modalités d'adaptation et d'intégration à l'existant. Par exemple, s'il existe un programme structuré d'éducation thérapeutique (ETP) sur un territoire donné, une nouvelle organisation nationale composée d'un ensemble de fonctions dont l'ETP devrait se mettre en place en intégrant le programme existant et non pas en s'y substituant.

La soutenabilité économique est à prendre en compte. Si la logique de prise en charge du surpoids et de l'obésité n'est pas différente de celle de la maladie chronique, comme nous l'avons précédemment argumenté, les effectifs obligent à penser à des dispositifs beaucoup moins coûteux que ceux qui ont été expérimentés dans le cadre des maladies chroniques. En France, la moitié de la population adulte est en surpoids ou en situation

d'obésité et environ 10 millions de personnes sont en situation d'obésité. Le dispositif doit tenir compte de cet effectif pour proposer des organisations soutenables par le système de santé.

Offrir la meilleure prise en charge possible, sur l'ensemble du territoire oblige donc à graduer cette prise en charge pour qu'elle prenne en compte l'hétérogénéité des populations, des situations et des besoins.

Il est important de noter que de par son coté multifactoriel, la prise en charge de l'obésité est complexe également pour les situations non sévères (par exemple l'organisation de l'activité physique d'une personne en surpoids nécessite d'articuler de nombreux acteurs). Les fonctions clefs (coordinations, etc.) doivent donc être toujours présentes y compris pour les formes les moins sévères. C'est la forme et la densité prises par ces fonctions clefs qui doit être graduée. L'encadré suivant donne l'exemple de la gradation de l'éducation thérapeutique proposée par la région des Hauts-de-France<sup>192</sup>.

### **La place de l'éducation thérapeutique dans le Programme régional de santé de l'ARS des Hauts-de-France**

Celle-ci est structurée en 3 niveaux dans une logique de parcours éducatif en santé :

**Niveau 1** : une offre d'ETP dite de premier recours, dispensée par les professionnels de santé de premier recours, quel que soit leur mode d'exercice (équipe de soins primaires, structure d'exercice coordonné), en direction des malades chroniques non compliqués et/ou relativement stabilisés (notamment dans le cadre de pathologies fréquentes comme le diabète, les maladies cardiovasculaires et respiratoires).

L'enjeu est de proposer une prise en charge éducative dès le diagnostic de la pathologie chronique afin de développer les compétences du patient autour de sa pathologie, de favoriser une bonne observance, de faciliter la prévention des complications.

Grâce au maillage de l'offre de soins de premier recours, la prise en charge éducative est dispensée à proximité du lieu de vie du patient et en facilite dès lors l'accès.

**Niveau 2** : une offre d'ETP de deuxième recours, assurée par les équipes d'ETP au sein des réseaux de santé sur orientation du médecin traitant, des établissements de santé pour les malades chroniques complexes (pluri-pathologies, complications médicales et/ou psychosociales).

**Niveau 3** : une offre d'ETP en établissement de santé pour les prises en charge lourdes et spécialisées (2ème et 3ème recours).

L'ARS souligne également que les programmes d'ETP autorisés pourront, dans la limite des capacités financières du FIR, faire l'objet d'un financement à condition d'être dispensés en ambulatoire (hors hôpital de jour et consultations externes) et de répondre à la structuration d'un programme d'ETP et selon un modèle forfaitaire à l'activité.


### **Gradation des prises en charge**

Le schéma de prise en charge du surpoids et de l'obésité nécessite une action conjointe, somatique et psychique, sociale et médicale, permettant : le repérage précoce de l'obésité dans l'environnement social de la personne ; le dépistage, l'évaluation et le suivi par le médecin traitant ; la prise en charge et le traitement des comorbidités ; la prise en charge pluriprofessionnelle comprenant en particulier une éducation thérapeutique. En présence d'une obésité « sévère » avec par exemple des troubles du comportement alimentaire, une évaluation médicale spécialisée (médecin nutritionniste) peut conduire en fonction des besoins vers des prises en charge spécialisées telles que du reconditionnement à l'effort, un suivi psychiatrique ou une orientation pour une éventuelle chirurgie<sup>193,194</sup>.

<sup>192</sup> <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-hauts-de-france-2018-2028>

<sup>193</sup> [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011\\_09\\_27\\_surpoids\\_obesite\\_adulte\\_v5\\_pao.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/2011_09_27_surpoids_obesite_adulte_v5_pao.pdf).

<sup>194</sup> <http://sf-nutrition.org/wp-content/uploads/2017/03/parcours-nutrition-texte-13-novembre.pdf>.



Ce schéma se décline en fonction de niveaux de sévérité<sup>195</sup>. Cette gradation est aujourd'hui basée sur l'IMC. Cependant, elle doit aller au-delà de ce seul critère pour prendre en compte les comorbidités somatiques et psychiques, la situation sociale et l'impact sur la vie quotidienne. La sévérité est en effet multidimensionnelle. Pour cela un outil est en cours de développement en France, la grille « FORCE » (*French Obesity Research Centres of Excellence* ; Olivier Ziegler & Arnaud Basdevant 2018).

Le premier niveau de recours, correspond à la prise en charge courante du surpoids et de l'obésité modérée. Il relève des prises en charge de proximité et est organisé autour du médecin traitant et/ou du pédiatre, en charge du dépistage, du bilan, de la prise en charge initiale des personnes présentant une obésité ainsi que du suivi et de la cohérence des soins. Les médecins du travail, les médecins scolaires et de PMI, les réseaux spécialisés, interviennent également dans ce niveau de prise en charge, ainsi que les acteurs de prévention primaire hors système de soins.

Le deuxième niveau de recours correspond à une prise en charge spécialisée de proximité. Elle concerne l'obésité sévère et implique en lien avec les médecins traitants, les médecins spécialistes de la nutrition. Dans le cadre de cette prise en charge spécialisée les établissements de santé de proximité pourraient jouer un rôle en partie grâce à leur plateau technique (ainsi que comme relais de proximité aux CSO pour le niveau 3).

Le troisième niveau de recours correspond à celle de l'obésité très sévère. Il est assuré (ou coordonné ou appuyé) par les CSO. Il fait appel le cas échéant à des structures spécialisées. Il peut nécessiter une coordination de type gestion de cas.

A noter que le plan obésité a prévu un quatrième niveau de recours - national - pour des situations de prise en charge des maladies rares, des syndromes génétiques, des obésités syndromiques, des situations médico-chirurgicales complexes... Cinq centres intégrés de recours supra régional et/ou national ont actuellement la capacité d'effectuer des diagnostics et traitements très spécialisés et sont engagés dans la recherche, la formation, l'enseignement et l'innovation.

Les effectifs de chaque groupe restent à déterminer.

### Rôle clef du référent

Face à la complexité de la prise en charge ainsi qu'au nombre et à l'hétérogénéité des acteurs impliqués dans ou hors le système de soins, il est nécessaire de prévoir des modalités facilitant l'orientation au sein des parcours. La fonction de référent est ainsi essentielle à l'effectivité des mesures proposées. Cette fonction qui participe à la coordination doit être considérée d'abord comme une mission à part entière des offreurs de soins<sup>196</sup>.

Il est important de préciser à ce stade ce que recouvre cette fonction, car les expériences et pratiques sont très diverses à ce niveau. Plusieurs rôles peuvent être ainsi dévolus à la fonction de référent :

- Contribuer à définir le plan de soins initial, en corriger les termes en fonction de l'évolution de la situation ;
- Orienter le médecin et les autres professionnels de santé dans les offres locales et en favoriser l'accessibilité ;
- Intégrer les intervenants hors système de santé dans l'offre (services sociaux notamment) ;

---

<sup>195</sup> <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/la-gradation-des-soins-dans-le-plan-obesite>.

<sup>196</sup> Contribution du HCAAM à la Stratégie de transformation de notre système de santé. Avis du 24 mai 2018.

- Orienter le patient dans ces offres, de la mise à disposition des informations à un accompagnement s'assurant de l'effectivité du parcours (« A » de *Arrange*) ;
- Accompagner le patient (soutien, coaching, motivation, assistance, etc.) ;
- Contribuer au partage d'information, au retour d'information vers le médecin traitant, à l'évaluation, à la logistique de la coordination, etc.

Cette fonction (ou ensemble de fonctions) peut prendre des formes différentes selon les contextes, les organisations et les besoins. Par rapport aux expériences analysées, la proposition se veut pragmatique, c'est-à-dire qu'elle se doit de prendre en compte la faisabilité et la soutenabilité sachant que l'on s'adresse à une très large population. Enfin, cette fonction ne doit pas (en dehors du niveau 3 de prise en charge) être conçue spécifiquement pour l'obésité mais peut être mutualisée au sein d'un territoire aux autres situations de prévention (exemple du programme je t'aime mon cœur, des sages-femmes référentes territoriales, etc.).

Ce qui semble un préalable, en termes d'orientation, c'est d'avoir à disposition un annuaire des ressources disponibles sur un territoire donné constitué et mis à jour par le CSO qui serait garant de la qualité de l'offre proposée. Cette mission confiée aux CSO permettrait également de souligner leur rôle d'animation sur l'ensemble du territoire. Le CSO pourrait s'appuyer sur les acteurs assurant cette mission selon une logique territoriale (comme par exemple les coordonnateurs de réseaux locaux en promotion de la santé pour les CLS) ou populationnelle (comme les réseaux périnatalité). C'est à l'ARS de s'assurer que le recensement des offres de soins et de prévention au niveau de la région est coordonné, valide et efficient. Une forme électronique dynamique de cet annuaire serait souhaitable avec la possibilité pour un professionnel de santé de contacter le CSO si besoin pour une aide à l'orientation (« hotline » et/ou *chat* synchrone ou asynchrone). Cette mission entrerait dans le cadre du financement forfaitaire annuel du CSO.


Cet annuaire serait un outil de travail pour le référent. Ce dernier peut être le médecin traitant, et dans un cadre d'exercice regroupé, cette mission peut être assurée par un professionnel de santé ou administratif au sein de la structure. Sinon, c'est à l'échelle des CPTS que cette fonction peut être réalisée par un professionnel de santé ou administratif.

Pour les patients présentant des critères de sévérité ou une situation particulière, de vulnérabilité sociale ou en termes de littératie en santé, le rôle du référent peut être renforcé au-delà de l'orientation par une mission d'accompagnement. Dans un cadre d'exercice regroupé, cette fonction peut être organisée au sein de la structure (exemple des infirmières *Asalée*) ; dans le cadre d'une organisation spécifique (notamment les *RÉPPOP*), elle est assurée par l'organisation en question ; sinon elle pourrait être effectuée par un professionnel de santé libéral coordinateur (exemple du référent du programme *Je t'aime mon cœur*) avec une coordination intégrée au sein des CPTS.

Les patients les plus sévères (selon des critères à définir par la HAS) relèvent d'une prise en charge spécialisée de niveau 3. Une fonction de gestionnaire de cas (par exemple par une infirmière de coordination) peut s'avérer nécessaire et dans ce cas doit être assurée par le CSO. Cette fonction du CSO peut être relayée localement par un professionnel de proximité. Par exemple, une infirmière peut dans ce cadre réaliser un accompagnement au quotidien (relais éducatif, coaching, etc.) en relais des interventions du CSO (hôpital de jour, ETP, etc.).

Dans ce cadre général, l'activité physique a une place particulière et nécessite une coordination spécifique : le médecin peut avoir besoin d'être accompagné dans sa prescription ; la mise en œuvre peut impliquer ou non des professionnels de santé spécialisés, elle peut aussi impliquer des structures et professionnels en dehors du système de santé (clubs sportifs, collectivités territoriales, etc.). Des organisations spécifiques ont été mises en place dans ce contexte ou ont été annoncées, avec un périmètre d'intervention





large allant de la prévention primaire à la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Ces organisations peuvent être portées par une collectivité territoriale (exemple de Strasbourg), par un établissement de santé (exemple du CH de la Côte Basque), par un réseau mais cela pourrait également être une mission des futures maisons sport santé. Du point de vue de la prise en charge de l'obésité, ces organisations représentent l'une des ressources territoriales à disposition du médecin traitant et du référent.

## **Synthèse : principes et composantes du modèle organisationnel**

Les principes du modèle organisationnel qui émergent des constats précédents sont synthétisés ci-dessous :

1. Il ne faut pas proposer de parcours stéréotypés et linéaires, mais ce que l'on pourrait appeler des « parcours cadres », c'est-à-dire des paniers de solutions mobilisables par le patient à des temps différents en fonction de l'évolution de leurs besoins, avec des trajectoires souples et évolutives.
2. Le patient chemine parmi les solutions en fonctions de ses besoins, de ses préférences et des spécificités des organisations locales.
3. Ces paniers de solutions et leur mobilisation sont spécifiés en fonction du niveau de sévérité.
4. Ces parcours peuvent être déclinés par population : enfants, adolescents, femmes enceintes, maladies chroniques, population générale, personnes en situation de précarité, ...
5. Il existe de nombreux modèles d'organisations, qui peuvent se décomposer en fonctions-clefs. Ce sont ces fonctions qu'il faut modéliser et le cas échéant financer.
6. Ces fonctions peuvent prendre plusieurs formes et leurs opérateurs peuvent être différents selon les territoires.
7. On pourrait structurer le cheminement dans le parcours cadre à travers le modèle dit des « 5A » issu des théories de changement de comportement (*cf.* encadré), initialement développé pour le sevrage tabagique et qui a été transposé à la prise en charge du surpoids et de l'obésité<sup>197</sup>.
8. Une fonction de référent est indispensable pour guider les patients comme les professionnels dans le parcours.

---

<sup>197</sup> Vallis M., Piccinini-Vallis H., Sharma AM., Freedhoff Y. *Clinical review: modified 5 As : minimal intervention for obesity counseling in primary care. Can Fam Physician.* 2013 Jan; 59(1):27-31.

### **Le modèle des 5A en prévention**

« **Ask** » Il s'agit en premier lieu que le médecin traitant mais aussi tout professionnel en lien avec le patient aborde avec lui la question de son surpoids et de son obésité.

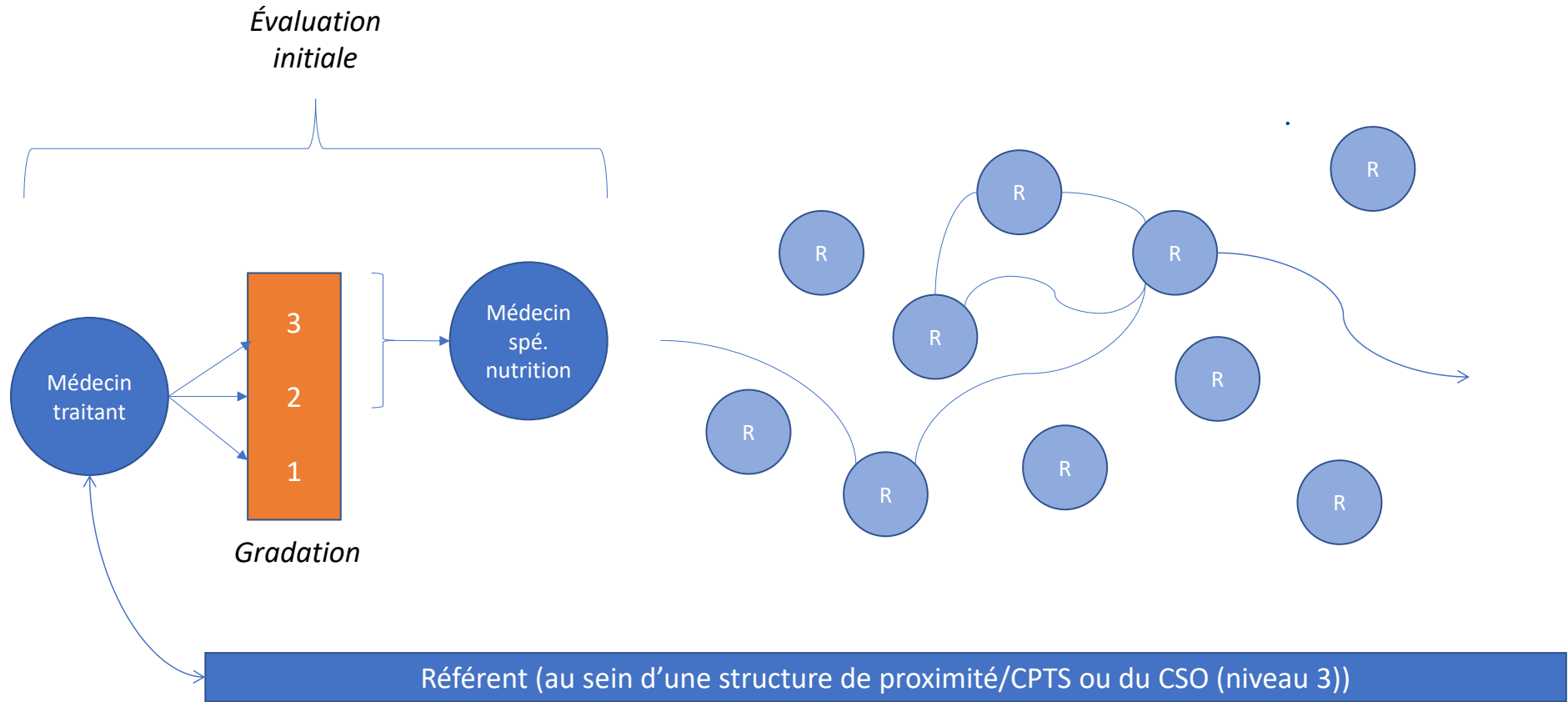
« **Assess** » Il s'agit ensuite d'évaluer le statut pondéral, les déterminants de l'obésité, ses éventuelles complications physiques et psychosociales ainsi que les comorbidités associées. C'est le rôle du médecin traitant dont l'avis est complété par le spécialiste de l'obésité pour les cas sévères, assisté le cas échéant d'acteurs spécialisés (diététicien, etc.).

« **Advise** » Le médecin traitant et/ou le spécialiste de l'obésité délivre informations et conseils, y compris sur les stratégies thérapeutiques au patient.

« **Assist** » (et « **Agree** ») Il s'agit avec le patient d'identifier les pistes thérapeutiques adaptées, d'en identifier les freins et les leviers en tenant compte des ressources à disposition du patient. Il s'agit aussi d'éduquer, d'accompagner et de soutenir le patient. Ceci peut être amorcé par le praticien le prenant en charge (intervention brève) et le cas échéant relayé par les autres professionnels notamment dans le cadre d'un programme structuré d'éducation thérapeutique.

« **Arrange** » Il s'agit d'organiser la prise en charge, son effectivité et son suivi. Cela relève de la fonction de référent.

Au vu de l'ensemble des éléments de constat et des principes édictés, on pourrait schématiser l'organisation comme suit :



*L'organisation est composée de ressources/solutions **R** (par exemple : consultation de psychologue ou programme d'éducation thérapeutique), déclinée selon la sévérité (niveau de prise en charge 1, 2, 3) et la population concernée. Le médecin traitant est à l'origine du processus, avec une évaluation complémentaire par un médecin spécialiste de l'obésité pour les niveaux de prise en charge 2 et 3. Le référent, oriente, organise les prises en charge et fait un retour d'information au médecin traitant.*

Par exemple, un patient de 50 ans présentant une obésité très sévère, est adressé à un CSO après évaluation initiale par le médecin traitant et évaluation complémentaire par un médecin spécialiste de l'obésité. Le CSO réalise un bilan complémentaire multi-professionnel, organise une prise en charge spécialisée mobilisant : éducation thérapeutique, réadaptation à l'effort, suivi psychiatrique, etc. Le patient est revu régulièrement par le CSO qui effectue un retour d'information auprès du médecin traitant. Un relais de proximité peut être organisé, par exemple avec une infirmière *Asalée* qui assure un relais éducatif et de la « remotivation » si besoin.

Autre exemple, après évaluation par son médecin traitant, un enfant souffrant d'une obésité modérée est adressé au *RéPPPOP*, qui organise une prise en charge pluri-professionnelle de proximité, associant consultations de diététiques, consultations psychologiques et un atelier d'activité physique adaptée. Le réseau s'assure de l'effectivité de la prise en charge et effectue des retours au médecin traitant.



## Comment le financement de la prise en charge de l'obésité peut accompagner les évolutions souhaitées ?

La question du financement de la prise en charge de l'obésité est double, portant sur les modalités d'une part, sur l'estimation du montant global d'autre part.

### Les modalités de financement doivent obéir à certains principes sur les objectifs et l'organisation des soins

Les modalités de financement doivent chercher à promouvoir un parcours cohérent et adapté aux besoins du patient, tenant compte de la diversité des intervenants et du degré de sévérité de l'obésité. A cet égard, la question peut se poser de la création d'une ALD « obésité sévère », sur la base de critères stricts. Cette solution aurait le triple avantage de faciliter le contrôle des indications chirurgicales, de personnaliser le remboursement intégral de certains forfaits, de limiter le reste à charge et faciliter ainsi l'entrée précoce dans des dispositifs de prise en charge, de populations précaires. Cela pourrait également permettre de faciliter l'accès des personnes concernées à une activité physique « médicalisée ».

Les réflexions précédentes conduisent à l'idée qu'il est nécessaire de financer plusieurs fonctions et métiers mal ou pas pris en compte à l'heure actuelle :

- les métiers non considérés comme professions de santé mais dont l'apport est fondamental dans la prise en charge de l'obésité (psychologues, diététiciennes) ;
- l'activité physique adaptée : rémunération des professionnels ; financement des structures et équipements ;
- l'éducation thérapeutique (recoupant en partie les deux points précédents), dans le cadre d'un programme structuré et validé ;
- les fonctions de référent et d'accompagnement.

En outre, les professionnels de santé eux-mêmes ne bénéficient pas toujours de rémunération adaptée pour des consultations qui peuvent être longues et complexes, malgré des avancées récentes dans la nomenclature pour la prise en charge de l'obésité de l'enfant. Cette observation conduit d'ailleurs les établissements de santé à préférer des prises en charge en hôpital de jour pour les bilans pluridisciplinaires afin de bénéficier d'une rémunération suffisante, avec le risque de se heurter à des sanctions en cas de contrôles par l'assurance-maladie dans les cas où la circulaire frontière n'est pas respectée.

Pour autant, une tarification classique à l'acte ne paraît pas adaptée à une telle prise en charge qui doit être envisagée au long cours et comprendre l'intervention de plusieurs catégories de professionnels, à intervalles réguliers, dans le cadre d'un plan personnalisé et coordonné de soins. Les actes ponctuels sont peu utiles dans ce type de prise en charge.

De nouvelles modalités de financement sont donc à mettre en place, reposant sur les principes suivants :

- Ces modalités de financement ne doivent pas être expérimentales ou dérogatoires aux règles en vigueur, mais offrir aux acteurs une garantie de pérennité.
- Le financement des professionnels et structures engagés dans la prise en charge des patients obèses doit être conditionné à l'insertion dans un parcours, c'est-à-dire un programme structuré et coordonné. L'entrée dans un tel parcours ne peut se faire qu'au sein d'une organisation de soins primaires pluriprofessionnelle, de type MSP ou réseau de santé (de type *RéPPOP*), ou, pour les cas très complexes, en secteur hospitalier. Cette structure aurait conventionné avec l'assurance maladie pour garantir un fonctionnement répondant aux bonnes pratiques (recommandations HAS), afin d'autoriser la prise en charge par l'assurance-maladie d'actes et de prestations comme les consultations de diététique, de



psychologie, l'activité physique adaptée. La CPTS pourrait se saisir de ce sujet et être elle-même l'organisatrice du dispositif.


- Il est nécessaire pour cela que les acteurs engagés dans la prise en charge d'un patient partagent les informations le concernant ; l'outil adéquat devrait être le DMP et/ou pour les prises en charges complexes coordonnées par le CSO, un module de partage d'informations spécifiques à l'obésité compatible avec le DMP. Il serait trop complexe de développer un outil d'échanges spécifique à l'obésité et non pertinent du point de vue systémique si l'on considère l'enjeu d'une prise en charge centrée sur le patient et non sur un facteur ou une maladie, dans un contexte de multimorbidité, sans compter qu'aucune source de financement n'est prévue pour cela.
- Une fonction de référent doit être définie et financée. Ce financement peut aisément se fonder sur un forfait annuel par patient à verser au professionnel concerné ou à sa structure d'appartenance.
- L'ensemble du processus doit être soumis à une évaluation régulière, aux procédures légères, pour notamment évaluer l'adéquation entre le parcours prévu et le parcours effectivement réalisé (évaluant à la fois la qualité de la coordination et l'observance du patient), et analyser les résultats obtenus en termes d'évolution du poids et des comorbidités. Le recueil des données est de la responsabilité du référent et des différents acteurs de la prise en charge. L'évaluation serait placée sous la responsabilité de l'assurance-maladie, sur la base des données de suivi et de résultats recueillies dans le système d'information. La rémunération des acteurs peut être conditionnée à ce retour des éléments minimaux d'évaluation, objectivant la réalisation du parcours. Il faut cependant prendre garde à ne pas alourdir le travail des professionnels. Le système d'information doit permettre un tel recueil de manière simple.
- La supervision et la coordination des parcours complexes, pour les cas les plus sévères, doivent être de la responsabilité des CSO, qui ont la charge d'organiser les concertations pluridisciplinaires, d'engager si besoin le dispositif de gestion de cas comme indiqué plus haut, de gérer l'annuaire des ressources... Pour cela, le principe de la dotation annuelle du FIR est à maintenir, en la réévaluant au regard de ces missions nouvelles.

En pratique, le dispositif pourrait fonctionner de la manière suivante :

- Repérage, proposition faite au patient d'entrer dans un programme de prévention et de promotion de la santé, adapté à sa situation : en principe médecin traitant, ou médecin spécialiste d'endocrino-nutrition (niveau 2) : financement d'une consultation de bilan, facturable une fois dans le processus, à un tarif élevé (consultation de l'ordre de 45-60 minutes).

La question pourrait se poser, dans les obésités sévères, de procéder à ce bilan en secteur hospitalier, en hôpital de jour, pour accéder aisément et rapidement à l'ensemble des explorations complémentaires pertinentes (dont celles qui ne bénéficient pas d'une cotation). Une telle option ne paraît justifiée que dans les cas vraiment complexes et/ou en préparation d'une éventuelle intervention de chirurgie bariatrique. Dans ces cas, la responsabilité de l'élaboration du plan de soins pourrait revenir au CSO.

- Choix d'un référent par le patient à cette occasion, après discussion avec le praticien : soit son médecin traitant, soit un professionnel travaillant en collaboration avec celui-ci, soit un autre professionnel, soit une structure de type MSP ou réseau.
- Définition par ce référent du parcours (ou plan) de soins personnalisé, en accord avec le médecin traitant (si ce n'est pas lui-même) la rémunération de cette étape entrant dans le forfait annuel du référent.
- Recours du patient aux différents services et prestations prévus dans le plan : consultations de diététique, de psychologue, ETP, APA, accompagnement téléphonique éventuel...



ces prestations étant alors financées par l'assurance maladie (obligatoire et éventuellement complémentaire) dès lors qu'elles sont prévues dans le plan.

- Pour le programme d'éducation thérapeutique, un financement forfaitaire est à estimer pour un nombre de séances moyen, sur la base d'un programme validé, que le programme soit délivré en ville (de préférence) ou à l'hôpital (par exemple 250-300 euros pour 4 à 6 séances collectives...) ;
- Dans le cas de l'activité physique, le modèle le plus simple est un financement de la structure d'animation par une dotation annuelle (où peuvent participer divers financeurs : assurance-maladie, collectivités territoriales, mutuelles...) et un droit de tirage du patient défini lors de l'élaboration de son plan de soins pour accéder aux activités proposées ;
- En ce qui concerne les psychologues et les diététiciennes, une tarification à l'acte serait établie, l'accès au remboursement étant encadré par l'intégration des professionnels dans le dispositif piloté par le référent.

- Evaluation annuelle.

Ces principes devraient être appliqués aussi dans le cas de la préparation à la chirurgie bariatrique et du suivi post-chirurgie, sous la supervision des CSO.

Dans ce domaine, pour garantir la qualité de la préparation, de l'indication et du suivi, il pourrait être proposé des systèmes de tarification à l'épisode, incluant non seulement l'acte chirurgical lui-même mais aussi les 6 mois de préparation et une période de 6 mois de suivi post-opératoire, obéissant aux recommandations de la HAS, la rémunération de l'intervention étant conditionnée à la mise en œuvre de la période de préparation, incluant la décision pluridisciplinaire, et d'un suivi complet, intégrant le suivi nutritionnel en particulier.

Ainsi, il existe plusieurs « modules » de prise en charge possibles (éducation thérapeutique, prise en charge psychologique au long cours, activité physique adaptée...), d'intensité variable en fonction du patient (*cf.* échelle de gradation discutée plus haut). Dans ce cadre, deux modèles de financement sont envisageables :

- Une forfaitisation complète en fonction du niveau de risque, pour une prise en charge sur une certaine durée (semestre, année...) ;
- Il faut souligner qu'il est difficile de déterminer un tel forfait : les situations de chaque patient sont différentes, il n'y a pas de « parcours-types » ; et même s'il est théoriquement possible de définir quelques classes de forfait en fonction de la sévérité de l'obésité et de l'intensité de l'accompagnement (en termes de nombre de professionnels impliqués, de nombre de séances...), on ne dispose pas de tous les critères pour déterminer a priori dans quelle classe un patient donné serait orienté (en particulier les critères socio-économiques, le niveau d'éducation, *etc.*) ;
- En considérant que cette définition des classes de forfait en fonction de la situation du patient est un problème soluble, ce forfait serait versé au référent (ou à la structure à laquelle il appartient) qui assumerait alors la charge de la coordination des soins, de la gestion des prestations dans le cadre du forfait, de la répartition du forfait entre les intervenants, *etc.* Il faut pour cela une structure bien organisée, comme une MSP importante ou un réseau de santé dédié, et un système d'évaluation de la qualité des procédures et des résultats. Il s'agit d'un système lourd, non encore expérimenté en France ;



- Un financement distinct des différents « modules » :

- consultation d'évaluation initiale,
- forfait annuel du référent,
- programme d'éducation thérapeutique,
- activité physique adaptée...

sur la base d'une nomenclature tarifaire nationale, le remboursement étant conditionné au fait que le parcours est organisé et coordonné par le référent, et évalué par l'assurance-maladie. C'est pourquoi une convention préalable doit être conclue entre l'assurance maladie et les professionnels ou structures assurant le rôle de référents.

### **Les estimations sur le montant global nécessaire doivent tenir compte des sommes déjà engagées dans la lutte contre l'obésité**

Ces rémunérations nouvelles sont-elles finançables ?

Dans les expérimentations en cours ou projetées, et lorsqu'on valorise l'ensemble des étapes de prise en charge d'un patient obèse, le montant annuel par patient, toutes prestations incluses, varie en général entre 400 euros et 1 000 euros selon le type de prestations prévues. Il est évidemment non finançable d'engager une prise en charge de 1 000 euros par an pour tous les patients concernés (plus de 10 millions de patients en situation d'obésité). Il faut tenir compte des éléments de gradation dont il a été question plus haut, et s'assurer que les prises en charge respectent ces critères notamment en faveur des patients les plus sévères et des patients en situation de précarité. L'obésité très sévère pourrait concerner 500 000 patients (pas d'estimation précise à ce jour). Sur la base d'un montant moyen par patient de 600 euros par an, le montant global nécessaire est de l'ordre de 300 millions d'euros.

#### **Au sein des nomenclatures actuelles, il existe peu d'actes spécifiques du suivi de l'obésité :**

- au titre des consultations, dans le cadre de parcours de soins, de patients présentant une pathologie complexe ou instable, assorties d'une majoration de 16 euros, figure la première consultation spécifique pour un trouble grave du comportement alimentaire (dont l'obésité morbide) réalisée par un endocrinologue ;
- depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2017, en application de la dernière convention médicale, au titre des consultations à fort enjeu de santé publique (réalisées à tarif opposable), rémunérées à hauteur de 46 euros, figure la consultation de suivi de l'obésité pour les enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité (facturation au maximum deux fois par an).

Il est par ailleurs prévu d'introduire dans la ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique) des indicateurs sur le repérage et la prise en charge de l'obésité chez les enfants.

Par ailleurs, la majorité des consultations assurées par les médecins nutritionnistes doivent être dédiées à ce problème. Les médecins généralistes ayant le mode d'exercice particulier « maladie du diabète et de la nutrition, diététique », au nombre de 132 en 2016 d'après la CNAMTS, totalisent 9,9 millions euros d'honoraires (hors dépassements). Mais il faudrait y ajouter une part (inconnue) de l'activité des spécialistes de l'endocrinologie et du métabolisme (69,5 millions d'euros d'honoraires en 2016 pour l'ensemble de leur activité).

Enfin, au sein de la CCAM, figurent les actes de chirurgie bariatrique pour obésité morbide, avec un peu moins de 50 000 interventions par an (hors ablations de matériel et reprises ; source CNAMTS) ; aux tarifs 2017, le montant lié à ces séjours atteint 190 millions d'euros.

Une partie de ce montant est en réalité déjà prise en charge au sein de la masse des consultations médicales (et de quelques hôpitaux de jour pour bilan). A l'heure actuelle, le financement des actes liés à cette prise en charge n'est pas tracé et il est impossible d'évaluer le montant correspondant.

Par ailleurs, certains montants sont mobilisés pour le fonctionnement des CSO, pour des expérimentations (*Obepedia,...*), pour les réseaux de soins (*RÉPPOP*), à travers le FIR.

D'après le rapport d'activité du FIR 2016, les actions de prévention pour lutter contre l'obésité totalisent 3,5 millions d'euros (hors financement des réseaux de santé et parcours de santé coordonnés, hors éducation thérapeutique), et les autres actions de promotion de la nutrition-santé représentent 10 millions d'euros.

Une autre partie des actions, enfin, est financée sur des fonds de prévention de l'assurance-maladie et des collectivités territoriales. Ces dépenses ponctuelles ne dépassent certainement pas la dizaine de millions d'euros.

Les Comptes de la santé (édition 2017, portant sur l'année 2016) font état, au titre des dépenses de prévention, de 16 millions d'euros identifiés au titre des actions « nutrition-santé » (en baisse par rapport à 2010 : 27 millions, probablement en raison du PNNS), mais ce montant inclut les dépenses du FIR (précisément 12 pour le FIR et 4 pour les autres sources de financement : INPES, CNAMTS...)

Ainsi, un besoin de financement spécifique supplémentaire est mis en évidence, avec deux marges de manœuvre pour procéder à des économies au sein des dépenses actuelles :


- Améliorer l'efficacité des dépenses consenties dans les actions en cours, en les intégrant dans un réel parcours de soins, coordonné et obéissant aux recommandations de bonnes pratiques ; soulignons à nouveau que les actions ponctuelles ont peu d'intérêt ;
- Limiter le recours à la chirurgie bariatrique par une meilleure prévention en amont et une meilleure sélection des indications.

On doit aussi réfléchir à un partage des dépenses entre AMO, AMC, collectivités territoriales et patients eux-mêmes, en tenant compte de la situation sociale de ces derniers (par exemple, dans le programme Sport-Santé de Strasbourg, a été mise en place une tarification solidaire).

## Conclusion

A l'issue de cette réflexion et devant le constat qu'une prise en charge de qualité des patients obèses demande à court terme la mobilisation de ressources supplémentaires, il faut rappeler les éléments constitutifs du raisonnement :

- L'enjeu de santé publique est considérable ; environ 10 millions de personnes en France sont obèses, et même si les dernières données d'enquête tendent à montrer une stabilité ou à tout le moins un ralentissement de cette véritable épidémie, la charge de morbidité induite par cette situation est et sera très forte, et les actions à entreprendre doivent être à la hauteur de l'enjeu.
- La prise en charge actuelle de l'obésité est insatisfaisante, avec une multiplication d'actions ponctuelles, un éparpillement des initiatives, une absence de suivi des parcours, une forte proportion d'indications chirurgicales non pertinentes et/ou ne faisant pas l'objet du suivi recommandé après l'intervention. Il y a place pour une amélioration des pratiques et des résultats même au sein du montant des dépenses actuellement consenties.
- Les pistes d'amélioration dessinées ici partent de ces constats et s'inscrivent dans le schéma général d'organisation des soins défendu par le HCAAM dans son avis du 24 mai dernier, basé sur une structuration des soins de premier recours et une adaptation des moyens aux besoins objectifs ; ainsi, dans l'exemple de l'obésité, 3 stades ont été définis et l'intensité des efforts doit suivre cette gradation.
- Il n'est pas défini un « parcours-type », mais une méthode de prise en charge, devant s'adapter aux organisations territoriales, partant des notions de référent et de plan personnalisé de soins. Dans le cadre d'un programme défini et validé par le médecin traitant



et le référent, et faisant l'objet d'une évaluation, le patient pourrait avoir accès à des prestations comme la consultation diététique, la consultation de psychologie, l'activité physique adaptée.

- Un apport important du dernier plan Obésité a été la création des CSO. Il est proposé dans la présente réflexion de renforcer leur rôle territorial et de coordination, notamment pour les cas les plus complexes.
- Le schéma décrit dans ce document a vocation à être mis en place sans phase d'expérimentation préalable ; les recommandations sont connues, les obstacles sont identifiés, il s'agit de mettre en musique de manière organisée les différents modules constitutifs d'une prise en charge, dans un objectif de qualité et de pertinence des soins. Au demeurant, les impacts d'une telle organisation sur les résultats de santé ne pourraient être connus qu'après quelques d'années de suivi. Pour autant, il est envisageable de démarrer la mise à l'échelle par une montée en charge progressive par région, ce qui permettrait de réadapter les organisations au fur et à mesure du déploiement national.







Haut Conseil pour l'avenir  
de l'assurance maladie

Créé par décret du 7 octobre 2003, pérennisé par la loi du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) rassemble les acteurs du système d'assurance maladie et des personnalités qualifiées, et contribue à une meilleure connaissance des enjeux, du fonctionnement et des évolutions envisageables des politiques d'assurance maladie. Les travaux du HCAAM (rapports et avis), élaborés sur la base d'un programme de travail annuel et de saisines ministérielles, sont publics et peuvent être consultés sur le site Internet de la sécurité sociale.

**Dernières publications  
et actualités du HCAAM**  
[www.securite-sociale.fr/  
L-actualite-du-HCAAM](http://www.securite-sociale.fr/L-actualite-du-HCAAM)

Contact

[hcaam@sante.gouv.fr](mailto:hcaam@sante.gouv.fr) - 01.40.56.56.00

Adresse postale HCAAM

14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07  
SP

Locaux HCAAM

18 place des Cinq Martyrs du Lycée  
Buffon  
75696 Paris cedex 14



**FRANCE STRATÉGIE**  
ÉVALUER. ANTICIPER. DÉBATTRE. PROPOSER.