

NOTE D'AUDITION

Questionnaire de Mmes Marie-Do
AESCHLIMANN, Marion CANALES et Nadia
SOLLOGOUB, rapporteurs

**Mission d'information
relative aux politiques de
prévention en santé**



Mars 2025



1. La prévention est-elle suffisamment priorisée dans le cadre des politiques de santé publique actuelles ? Si non, que suggèreriez-vous ?

L'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques constitue un enjeu majeur de santé publique : cancers (3,4 millions de personnes prises en charge par l'Assurance maladie en 2021), maladies cardiovasculaires (5,3 millions), diabète (4,3 millions) ou encore obésité (10 millions). Ces pathologies, étroitement liées à la consommation de produits défavorables ou nocifs à la santé, sont aujourd'hui responsables de 80 % des décès prématurés par maladies non transmissibles. A titre d'exemple, 40% de ces cancers pourraient être évités en changeant les habitudes et en diminuant l'exposition à certains facteurs de risque dont la consommation de tabac et d'alcool qui occupent les deux premières places des facteurs de risque des cancers évitables, suivis par l'alimentation déséquilibrée qui engendre le surpoids. Si le poids des expositions environnementales semble faible aujourd'hui, dans l'état actuel des connaissances, les comportements de précaution sont indiqués.

Le virage préventif du système de santé est annoncé depuis de nombreuses années comme le remède nécessaire pour assurer la soutenabilité de la santé en France. Un constat partagé largement pour contribuer à préserver une solidarité nationale prise en étau entre vieillissement de la population et la montée inexorable du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques. Pour autant, il n'y a pas de santé publique sans volonté politique.

Le sondage grand public mené par France Assos Santé en décembre dernier, Les Français et les enjeux de santé liés à leur environnement de vie, montre que les Français déplorent le défaut d'action des pouvoirs publics en la matière et attendent d'eux des mesures plus volontaristes et encadrantes à même de créer un environnement de vie protecteur et favorable à leur santé, notamment en garantissant une information transparente, fiable et accessible et en renforçant la réglementation sur les produits défavorables et nocifs pour la santé. Interrogés à ce sujet, les Français sont même ouverts à des mesures financières pour taxer les produits défavorables à la santé. Il ne suffit pas de tout miser sur l'éducation à la santé : toutes les études montrent qu'une action efficace repose à la fois sur les mesures éducatives, un soutien des personnes les plus en difficulté, mais aussi et avant tout sur des mesures structurelles à mettre en place.



C'est le rôle et la responsabilité de l'Etat de prendre ces mesures, et de cesser de faire reposer les politiques publiques en lien avec les produits défavorables à la santé sur la seule responsabilité individuelle.

Nos principaux constats aujourd'hui :

- Une vision court-termiste de la prévention, guidée par un ONDAM annuel privant l'évaluation du bénéfice d'une véritable politique de prévention.
- Une absence de réelle politique de prévention sur le sujet de l'alcool, 2ème cause de mortalité évitable et donc réelle priorité en matière de prévention, alors que les travaux des autorités sanitaires internationales, des experts et des chercheurs en santé publique convergent sur les mesures à prendre
- Un recours privilégié à des dispositifs d'autorégulation (le droit dit souple) qui reposent sur des engagements volontaires et font appel à la responsabilisation des acteurs économiques, mode d'action préconisé par les lobbies dont les limites sont pourtant de longue date pointées du doigt[1]
- Une discordance entre un affichage de protection de la jeunesse dans le discours politique, et l'absence de régulation des pratiques (notamment de marketing ciblé) qui mettent sa santé en danger[2]
- Une instabilité politique qui met en difficulté le travail des administrations centrales et retarde des arbitrages attendus
- Et aussi une absence ou un retard de publication des décrets d'applications : par exemple absence de publication des décrets d'application sur l'interdiction de fumer devant les établissements scolaires, publication du décret sur le nouveau mode de calcul du Nutri Score encore attendu à ce jour...

[1] Dernier exemple en date : la Charte visant à promouvoir une alimentation et des comportements favorables à la santé dans les programmes audiovisuels et les publicités pilotée par l'ARCOM

[2] Par exemple :

- enquête UFC Que Choisir qui dénonce la présence de sucreries près des caisses ou les présentoirs et têtes de gondoles designés pour les enfants et à taille d'enfant,
- ou encore la campagne France Assos Santé « Pas d'alcool sur le chemin de l'école » qui dénonce la prolifération de publicités pour des alcools près des établissements scolaires avec un univers attractif renvoyant à la fête, à l'exotisme, à une expérience intense...
- ou encore les derniers chiffres d'évaluation de la charte alimentaire de l'Arcom qui montrent que le nombre de publicités pour des produits notés D et E lors des horaires d'écoute conjointe (parents + enfants) a augmenté entre 2020 et 2022 : 1 publicité sur 2 promeut des produits défavorables à la santé sur ces horaires.



2. Comment s'explique, selon vous, le retard pris par la France sur certains pays européens comparables ? Certaines bonnes pratiques issues de l'étranger vous semblent-elles transposables en France pour améliorer l'efficacité des politiques de prévention ?

- Attention à la distorsion du rôle de la médecine générale et à ne pas sacrifier les soins aux patients pour la prévention !

Dans l'étude PaRIS (+ de 100 000 patients dans 19 pays de l'OCDE), la France apparaît comme un des plus mauvais élèves (18ème/19, seul le Luxembourg fait moins bien) concernant la présence de personnel autre que les médecins pour soutenir l'éducation des patients et la gestion des soins chroniques. 44% des patients chroniques (2 pathologies ou plus) ne voient dans leur parcours de santé que des médecins, c'est près de 5 fois plus que la moyenne OCDE.

Seuls 38% des patients français rapportent avoir bénéficié d'interventions de conseil ou d'éducation à la santé (par exemple sur le tabagisme, l'alimentation ou l'activité physique) au sein de leur équipe de soins primaires (en ville) par des professionnels non médicaux, soit moitié moins que la moyenne OCDE.

La place des professionnels paramédicaux est donc très réduite en France comparée aux autres pays de l'OCDE. Une "surmédicalisation" de leur prise en charge globale qui peut s'avérer contre-productive.

L'expansion des recommandations cliniques préventives dans les soins primaires a eu pour conséquence involontaire de déstabiliser ce fondement du système de santé : la baisse des seuils de déclenchement des prises en charge pour l'hypertension, le diabète, le cholestérol et la fonction rénale a eu pour effet de médicaliser la prévention à grande échelle sans toujours avoir des bénéfices démontrés, avec un nombre de patients à traiter plus que conséquent ! Le traitement de ces facteurs de risque explique désormais une activité de consultation importante de la part des médecins généralistes et qui aboutit in fine à privilégier le traitement préventif par les médicaments aux dépens des changements d'habitudes de vie (APA, alimentation, réduction alcool, tabac, stress), alors même que les interventions non médicamenteuses sont plus efficaces mais le plus souvent non prises en charge (par exemple une bonne nourriture -versus des traitements antidiabétiques- permet pour certaines personnes de miser sur la réversibilité d'un début de diabète de type 2).



La question doit être désormais posée des priorités d'emploi des médecins généraliste dans un contexte où la prévention médicalisée prendrait trop de temps de consultation aux dépens des prises en charge des malades chroniques et pour des bénéfices souvent non démontrables, faisant de plus le lit de l'évolution vers la surprescription après 65 ans (très importante en France).

Ainsi, redéfinir la maladie pour inclure toute personne susceptible de tomber malade signifie qu'une proportion croissante de la population générale – parfois, sa totalité – est définie comme "nécessitant une attention médicale". En conséquence, les recommandations de prévention pour les soins primaires dépassent largement la capacité disponible des médecins généralistes. Par exemple, si les directives européennes sont appliquées à la population générale, plus de 80% des adultes devraient consulter leur médecin généraliste pour réduire leur risque de maladie cardiovasculaire, nécessitant plus de médecins généralistes qu'il n'en exerce actuellement dans n'importe quel pays à revenu élevé !

On implore les individus d'être "responsables" et le système de santé de s'engager dans la "prévention" : des interventions considérablement plus efficaces et moins coûteuses seraient des politiques publiques telles que des taxes et des réglementations qui peuvent ne pas être politiquement attrayantes mais qui, contrairement aux soins primaires, réussissent réellement. Les déterminants commerciaux de la santé sont puissants et mieux contrôlés par des forces de leur propre taille, et non par des médecins généralistes individuels ! A titre d'exemple, on estime que le dépistage du cancer du poumon permet, au mieux, de prévenir environ 12 000 décès par cancer du poumon chaque année aux États-Unis, mais les interventions à l'échelle de la société pour réduire le tabagisme permettraient d'éviter 160 000 décès chaque année, soit plus de 10 fois plus que le dépistage. Bien qu'il soit recommandé aux médecins généralistes d'interroger chaque patient sur sa consommation de tabac, presque toute la réduction du tabagisme américain au cours des 25 dernières années a été le résultat de mesures politiques, et non de soins cliniques, avec de fortes augmentations des taxes sur les cigarettes par rapport aux prix initiaux qui continuent d'être l'action la plus efficace. De même, ces politiques sont également le moyen le plus efficace pour réduire les méfaits de l'alcool, comme le montre l'introduction par l'Écosse d'un prix minimum par unité : cette politique a été associée à des réductions significatives des décès et des hospitalisations, entièrement attribuables à la consommation d'alcool (là où les dépistages et interventions brèves pour la consommation excessive d'alcool – qui peuvent nécessiter 10-15 minutes par patient – n'ont aucun effet sur la population qui consomme le plus d'alcool).



- Il faut questionner la pérennité et donc le modèle financier de la prévention :

L'on est encore dans une vision très « court-termiste » de la prévention. Il existe pourtant aujourd'hui des preuves économiques de la prévention : selon l'économiste Nicolas Bouzou, la France est sous la moyenne des pays de l'OCDE pour beaucoup d'indicateurs ; s'aligner sur la moyenne permettrait un gain de 5 à 7 milliards d'économie pour l'assurance maladie d'ici 5 ans, et s'aligner sur les meilleurs pays de l'OCDE permettrait un gain de 15 à 20 milliards. Mais il s'agit d'économies réalisées à terme (5 à 7 ans pour obtenir des résultats), qui demandent qui plus est un investissement initial nécessaire. Requestionner ce cadre pose également la question de la sensibilisation de la sphère politique à ces enjeux.

3. Selon vous, quelles devraient être les principales priorités en matière de prévention en santé pour les prochaines années ?

D'une manière générale, une politique de prévention efficace repose sur des leviers complémentaires (dont certains n'engendrent pas de dépense pour l'Etat), qui sont recommandés par de nombreuses instances, et justifiés par des publications scientifiques, notamment :

- Agir sur l'accessibilité des produits défavorables ou nocifs à la santé et investissant le champ de la fiscalité comportementale (cf rapport d'information MECSS du Sénat La fiscalité comportementale en santé : stop ou encore ?) taxe sucre, prix minimum par unité d'alcool...
- Développer des environnements favorables à la santé afin d'agir sur les déterminants de la santé et ainsi conditionner favorablement les choix et comportements prédictifs de la santé
- Réduire la pression marketing et interdire le marketing qui cible les enfants dans l'espace public, sur les communications commerciales et sur les réseaux sociaux, et réglementer l'environnement alimentaire en magasin
- Garantir l'information du consommateur pour qu'il puisse faire des choix éclairés : obligation d'apposer le Nutri-Score, apposition de messages sanitaires obligatoires adaptés aux recommandations de santé publique (en adéquation avec les données scientifiques) pour améliorer l'information et la sensibilisation des principaux facteurs de risque pour la santé (notamment sur l'alcool)



- Développer les compétences psychosociales, notamment auprès de plus jeunes, qui démontrent des effets positifs sur la réduction de la consommation de substances psychoactives, notamment couplées à des actions d'éducation à la santé et poursuivre cette sensibilisation tout au long de la vie avec de l'éducation thérapeutique et de l'éducation à la santé.
- Augmenter la couverture vaccinale pour les affections respiratoires et notamment la grippe afin d'éviter des décès évitables et la saturation de notre système de santé avec des risques de tri des patients en cas de saturation.
- Augmenter l'adhésion aux dépistages organisés et individualisés par une information renforcée vers les usagers sur les facteurs de risques individuels (génétiques) en générant des comportements protecteurs de la santé.

Sur le plan des priorités, il faut agir sur les principaux facteurs de mortalité évitables en France que sont le tabac, l'alcool et une alimentation défavorable à la santé :

Concernant l'alcool notamment, nous déplorons l'absence de véritable politique de prévention : nous recommandons de mobiliser un arsenal de mesures normatives et économiques ciblant particulièrement l'alcool bon marché afin de réduire la consommation des buveurs à risque ou alcoolodépendants, ainsi que la consommation des jeunes (binge drinking). **Instaurer un prix minimum de l'unité d'alcool**, comme cela a par exemple été fait en Ecosse avec des résultats positifs en termes de santé publique, impacterait ainsi les alcools bas de gamme, vendus dans des contenants de grande quantité (packs, cubitainers), à des prix attractifs ou sous forme d'offres promotionnelles.

Nous recommandons également de **réglementer le marketing pour l'alcool**, et de l'interdire a minima autour des établissements scolaires, des lieux fréquentés par des enfants (parcs, centres sportifs, centre aérés...) et des lieux de soin, ainsi que sur les réseaux sociaux (promotion faite par les influenceurs notamment). La loi Evin a été non seulement progressivement détricotée et affaiblie, de plus elle ne répond plus aux nouveaux enjeux posés par les réseaux sociaux.



Restreindre le marketing de l'alcool est une recommandation partagée par tous les experts en santé publique, de l'OMS à l'INSERM. Et pour cause : 79% des jeunes de 15-21 ans déclarent voir des publicités pour l'alcool chaque semaine, et 23% d'entre eux affirment que ces publicités les incitent à consommer (Ecole des hautes études en santé publique et Observatoire français des tendances addictives). La publicité a donc des conséquences directes sur les comportements et l'entrée dans la consommation chez les plus jeunes. Un collégien sur dix a déjà connu l'ivresse et 37% des adolescents de 17 ans déclarent un épisode de binge drinking dans le mois (la consommation d'au moins 6 verres en une occasion). Par ailleurs, l'alcool est présent dans 30 à 40% des condamnations pour violence, sa consommation demeure le deuxième facteur de risque évitable de cancer et la deuxième cause d'accident de la route. À ce titre, agir contre la promotion de la consommation d'alcool auprès des jeunes est une véritable mesure de prévention.

Une étude publiée par Addictions France en septembre 2024, intitulée « Promotion de l'alcool : les réseaux sociaux, un nouveau Far West », montre que la réglementation actuelle est insuffisante. En effet, sur les réseaux sociaux, les marques d'alcool contournent la loi Evin : elles parviennent à rendre leurs produits attractifs en faisant appel à des influenceurs et en achetant des espaces publicitaires. Elles associent l'alcool à la fête, aux romances et aux vacances, créant une image idéalisée de la consommation. Le contrôle de tous les contenus étant impossible, les grands industriels (Groupe Campari, Pernod Ricard, Heineken, GreyGoose, Corona...) profitent de ces failles. En plus d'une présence massive sur les réseaux sociaux, les alcooliers s'assurent une présence dans l'espace public. Dans le cadre de sa campagne Pas d'alcool sur le chemin de l'école lancée en juin 2024, France Assos Santé, aux côtés de la Ligue contre le cancer, de l'Union nationale des associations de familles et des associations d'entraide des personnes en prise avec des conduites addictives de la CAMERUP, a documenté et dénoncé le matraquage publicitaire auquel étaient soumis les enfants à proximité immédiate des établissements scolaires. Les Français sont pourtant demandeurs de mesures de protection pour protéger les plus jeunes : 89 % des Français se prononcent en faveur de l'interdiction de la publicité pour l'alcool à proximité d'établissements scolaires[1].

Concernant le tabac, premier facteur de risque de cancers, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoire, diabète... nos associations engagées sur ce sujet préconisent des augmentations significatives du prix du paquet de tabac car les dépenses génèrent **la première motivation à l'arrêt du tabac**. Cette mesure doit s'accompagner d'une lutte contre les ventes frauduleuses : un échelon européen est pertinent dans cette lutte.

[3] Selon l'enquête Toluna-Harris de décembre 2023 pour France Assos Santé



Concernant l'alimentation, les chiffres sont aujourd'hui alarmants alors même que l'OMS tirait la sonnette d'alarme en 97 en parlant de la première épidémie non infectieuse de l'histoire de l'humanité.

- 17 % des adultes sont obèses en France (IMC supérieur à 30), soit plus de 8,5 millions de personnes, d'après une étude de 2023 menée par l'Inserm. Avec le surpoids (IMC supérieur à 25), ce sont au total 47 % des Français qui sont concernés par un excès de poids.
- Les chiffres chez les jeunes sont particulièrement alarmants : depuis 1997, l'obésité a été multipliée par 4 chez les 18-24 ans. Un enfant en surpoids a 80% de risques de rester obèse à l'âge adulte.
- L'obésité réduit l'espérance de vie de 5 à 10 ans.
- L'obésité est associée à 19 comorbidités : notamment le diabète de type 2 (70% des cas de diabète de type 2 sont liés au surpoids et à l'obésité), les maladies cardiovasculaires : hypertension, accidents vasculaires cérébraux, les cancers (sein, colon, pancréas). La sensibilité aux affections est également accrue, comme la Covid 19 l'a révélé.
- Le coût social est énorme.

L'environnement contribue énormément à cette épidémie industrielle, et génère des inégalités de santé majeures (l'obésité est plus répandue dans certaines régions que d'autres (les Hauts de France par exemple, ou territoires ultra-marins très touchés). Les classes socio culturelles défavorisées sont les plus touchées.

Seuls 20% des déterminants de l'obésité relèvent du champ de la santé : il faut déployer une vision globale de la santé. Certes nous sommes favorables et engagés dans la promotion de l'éducation nutritionnelle (afin d'apprendre à bien manger dès l'enfance pour ne pas avoir à réapprendre à manger quand arrivent les pathologies métaboliques et de continuer à sensibiliser les différents publics, en tenant compte de leurs spécificités, aux risques d'une mauvaise alimentation et aux bénéfices que l'on peut tirer d'une réduction de la consommation de produits défavorables à la santé) ... mais on sait aussi qu'il ne suffit pas de dire quelque chose à quelqu'un pour qu'il le fasse !

Il faut agir sur les déterminants des comportements : en créant des environnements alimentaires favorables à la santé, en donnant aux consommateurs une information claire et accessible aussi (via la généralisation du Nutri Score par exemple : aujourd'hui seules 1400 entreprises membres de l'ANIA sur 20 000 l'affichent).



L'amélioration de l'offre et des environnements alimentaires et de l'information sur cette offre est indispensable pour permettre aux ménages d'avoir une alimentation de meilleure qualité nutritionnelle. Le secteur de la grande distribution joue un rôle majeur dans la détermination de l'offre et des environnements alimentaires, en ce qui concerne la qualité des produits disponibles et mis en avant, mais aussi de l'accès économique des produits sains et durables, à travers leurs politiques d'offres promotionnelles et de marge selon les types de produits.

Quelques exemples récents d'études de nos associations montrent que les distributeurs :

- d'une part, font principalement des promotions pour des produits nocifs pour la santé et pour l'environnement (études de 2024 de la CLCV)
- et, d'autre part, réalisent des marges élevées sur les fruits et légumes et bien plus faibles sur des produits comme les biscuits et pâtisseries industrielles (étude de 2024 de Familles rurales), des marges supérieures sur les fruits et légumes bio que sur les fruits et légumes conventionnels (étude de 2019 de l'UFC-Que Choisir).
- L'opacité sur les marges et la place prépondérante des dépenses publicitaires dans le prix de vente aux consommateurs ont aussi été objectivées ces derniers mois par Foodwatch France et par l'étude L'Injuste prix de notre alimentation co-signée par la Fédération française des diabétiques avec le Secours Catholique, le Réseau CIVAM et Solidarité Paysans.
- une enquête accablante sur le marketing alimentaire dans la grande distribution par l'UFC que choisir de 2024 révélait que les confiseries sont à nouveau présentes aux caisses de 86 % des magasins visités. Le retour de cette pratique est en contradiction totale avec l'engagement de retirer les sucreries que la ministre de la Santé avait demandé en 2008 et que la plupart des enseignes avaient volontairement mis en œuvre dans le but d'éviter toute contrainte réglementaire ? Pire, dans plus d'un magasin sur deux, les présentoirs aux sorties de caisses proposent des confiseries spécifiquement destinées aux enfants. Loin de se limiter aux sorties de caisse, le marketing alimentaire utilise une grande variété d'outils pour attirer l'attention des enfants partout dans les magasins : mise en avant en tête de gondole, palettes placées au milieu des allées, présentoirs avec utilisation de mascottes. Parmi les nombreux exemples relevés, on peut citer notamment un présentoir Haribo en forme d'ourson, une mini-palette de produits Kinder mettant les confiseries à hauteur de vue et à portée de main des enfants...



C'est pour cela que nous sommes demandeurs de mesures à même de créer un cadre protecteur pour notre environnement de vie :

- Il faut cesser de faire reposer les politiques publiques en lien avec l'alimentation sur la seule responsabilité des consommateurs. Le sondage grand public mené par France Assos Santé en décembre dernier, Les Français et les enjeux de santé liés à leur environnement de vie montre que les Français déplorent le défaut d'action des pouvoirs publics en la matière et attendent d'eux des mesures plus volontaristes et encadrantes à même de créer un environnement de vie protecteur et favorable à leur santé, notamment en garantissant une information transparente, fiable et accessible et en renforçant la réglementation sur les produits défavorables et nocifs pour la santé. Interrogés à ce sujet, les Français sont même ouverts à des mesures financières pour taxer les produits défavorables à la santé.
- Les personnes en situation de fragilité financière, les précaires et les travailleurs pauvres totalisent 30 % de la population, soit 20 millions de personnes qui se retrouvent obligées de faire un choix entre la santé, le toit, le couvert entre autres. L'accessibilité à une alimentation favorable à la santé est un enjeu majeur : toujours dans le sondage précité, si 88% des Français déclarent être attentifs à l'impact de leur alimentation sur leur santé, le prix constitue néanmoins le premier critère de choix d'un produit alimentaire. Il faut permettre à tous un accès à l'alimentation et donner les moyens de bien s'alimenter : amélioration de la qualité de l'offre et accessibilité financière à cette offre de qualité.
- Il nous semble également capital d'agir sur les environnements alimentaires, par exemple en restreignant et en encourageant les collectivités à freiner l'implantation des fast-foods^[1], notamment à proximité d'établissements scolaires (comme cela a été fait par exemple par la ville de Londres qui interdit l'ouverture de nouveaux fast-foods à moins de 400m d'établissements scolaires) : il y a aujourd'hui des quartiers où il n'existe pas d'autres choix de restauration, alors même que les collégiens et lycéens délaissent de plus en plus la restauration collective pour déjeuner à l'extérieur. De même, il y a un enjeu à ce que les magasins de la grande distribution améliorent le placement des produits sains, moins mis en avant que les produits défavorables pour la santé (que l'on retrouve par exemple près des caisses, à l'entrée du magasin, ou sur des stands dédiés au milieu des magasins), et revoient également la proportion des produits sains proposés à l'achat au regard de la proportion des produits défavorables pour la santé proposés à l'achat.

[1] Les quartiers défavorisés comptent 3 fois plus de fast-foods que les quartiers plus aisés.



- **Des mesures de fiscalité comportementale ciblant les produits aliments riches en graisse saturée, en sucres ajoutés, avec des marqueurs d'ultra-transformation ou contenant des additifs nocifs pour la santé doivent être mises à l'étude**, comme le préconise par ailleurs un récent rapport du Sénat. Il est aujourd'hui documenté et prouvé scientifiquement qu'utiliser le prix comme levier de santé publique, qui est une recommandation constante de l'OMS, est l'un des outils les plus puissants pour influencer les comportements, et que changer les comportements alimentaires des consommateurs aujourd'hui revient à anticiper les maladies de demain. C'est aussi un levier pour inciter les industriels à revoir la formulation de leurs produits. Ces taxes pourraient par ailleurs subventionner des opérations de prévention (sur le modèle « pollueur-payeur »). Ce type de mesure doit être accompagné d'une communication adaptée expliquant les objectifs de santé publique poursuivis, et il faut prévoir un suivi de l'évolution de l'offre et de l'impact de la taxe sur l'offre.
- Concernant la **régulation du marketing et de la publicité**, considérant que certains produits comme certains fromages ne peuvent voir leur notation s'améliorer, nous demandons a minima à ce que la somme des communications pour les produits ayant un Nutri-Score D et E soit systématiquement inférieure à la somme des communications sur les produits notés A, B et C. Nous demandons également l'encadrement des stratégies promotionnelles sur le même modèle, pour que les produits alimentaires en promotion ne soient plus majoritairement des produits défavorables pour la santé et pour augmenter la part des aliments sains et durables dans les catalogues et newsletters promotionnels ainsi que dans les opérations spéciales. Toujours dans la même logique, les produits sains et durables doivent être rendus plus accessibles et visibles dans les magasins : entrée du magasin, tête de gondole, caisses... Les actions marketing pour les produits alimentaires de Nutri-Score D et E ciblant les enfants doivent être interdits (par exemple la disposition des confiseries au niveau des caisses).

Il faut le courage politique de prendre des mesures qui vont outre les enjeux économiques et qui conduisent à ce que l'environnement par défaut pour l'individu soit le plus favorable à sa nutrition.



4. Pourriez-vous citer des exemples de programmes de prévention primaire ou secondaire qui vous semblent avoir été particulièrement réussis ? Selon vous, quelles ont été les clés de ces réussites ? Au contraire, pourriez-vous citer certains programmes de prévention qui n'ont, à votre sens, pas atteint leurs objectifs ?

Exemples de programmes réussis :

Le Mois sans tabac

- Engagement fort des pouvoirs publics sur cette campagne avec un financement important dédié qui permet d'avoir des outils (de communication, d'information, de suivi...) distribués massivement (par exemple des kits dédiés dans toutes les pharmacies), une communication nationale dédiée, des actions en lien menées par des professionnels de santé
- + un environnement favorable : MStabac fonctionne d'autant mieux que la prescription et le remboursement du sevrage tabagique a été libéralisé, que le prix du tabac augmente régulièrement et que la publicité pour le tabac est interdite, ainsi que la multiplication d'espaces sans tabac pour dénormaliser et réduire le tabagisme et tabagisme passif.

Nous tenons à insister sur le fait **qu'on ne peut pas attendre d'un programme de prévention qu'il soit efficient s'il ne s'inscrit pas dans une approche multifactorielle**. Pour prendre l'exemple de l'alcool, comment attendre d'une action de prévention ciblée sur ce sujet qu'elle soit efficiente alors même que le produit est hyper disponible (avec des prix promotionnels qui vont jusqu'à rendre l'alcool plus accessible que l'eau minérale !). La France a un des prix d'alcool à l'unité les plus faibles au monde, la mesure qui s'impose est d'instaurer un prix minimum par unité d'alcool. Nous avons l'impression que « l'Etat se retourne contre l'Etat », et que le ministère de la santé subventionne les associations pour contrebalancer les actions du ministère de l'agriculture !

Les difficultés suivantes liées à la mise en œuvre de certains programmes de prévention, bien que dits « evidence based », nous ont été remontées : les moyens sont rarement mis pour que le protocole puisse être suivi tel qu'il a été défini, les structures partenaires ne respectent pas nécessairement les contraintes du cadre à appliquer : c'est comme si l'on prescrivait un médicament, mais sans donner et respecter les doses pour qu'il marche ». Le développement des programmes probants nécessite des moyens financiers et humains considérables : mobilisations d'acteurs, partenariats à développer, sans que les associations qui s'investissent pour les déployer ne soient sûres in fine que ces programmes soient maintenus et valorisés.



Garde ton Cap mené par l'Assurance maladie :

Une expérimentation évaluée du repérage des enfants en surpoids dans les zones d'éducation prioritaires avec un accompagnement de ces enfants avec un programme de nutrition avec divers acteurs :

- Médecin généraliste
- Diététicien
- Activité physique adapté
- Psychologue

Cette action est actuellement déployée sur tout le territoire et il est indispensable de lutter contre l'obésité, mère de 19 pathologies dont notamment : diabète, maladies cardiovasculaires, maladies ostéoarticulaires et cancers.

Mon parcours Psy :

Un dispositif pour prévenir les problèmes de santé mentale, une montée en charge du dispositif avec des demandes de conventionnement en augmentation de la part des psychologues :



L'OFFRE DE PSYCHOLOGUES : 4 803 CONVENTIONNÉS FIN JANVIER 2025

Répartition du nombre de psychologues conventionnés par département (au 14/10/2024)

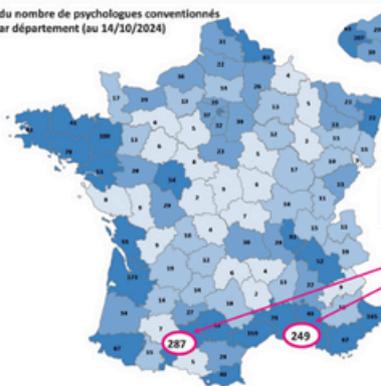


En moyenne, un psychologue :

- a reçu 118 patients
• a réalisé 596 séances

Un psychologue sur deux :

- a reçu 77 patients
• a réalisé 378 séances



L'offre est très hétérogène sur le territoire (aucun psychologue conventionné en Guyane).

En métropole, l'offre la plus importante se situe en Haute-Garonne/ Bouches-du-Rhône en raison de la précédente expérimentation CNAM.

Sources CNAM - SNDS - au 30/09/2024



LE RECOURS AU DISPOSITIF AU 31 DÉCEMBRE 2024

Une montée en charge progressive : 513 641 patients bénéficiaires du dispositif depuis son lancement.

Evolution du nombre de patients pris en charge par mois de soin



Parmi les patients ayant eu recours au dispositif :

- 2/3 sont des femmes
• 11% bénéficiant de la complémentaire santé solidaire
• 0,05% bénéficiant de l'aide médicale d'état (AME)

Répartition du nombre de patients pris en charge par âge et sexe



22% des patients ont moins de 25 ans





Un recours en augmentation par les usagers depuis l'évolution du dispositif :
12 séances remboursées par l'assurance maladie et les complémentaires
Pas de prescription médicale nécessaire.

Le programme d'accompagnement Sophia de l'Assurance maladie pour le diabète et l'asthme est une réussite, ce qui lui vaut d'ailleurs d'être élargi aux pathologies CDV et rénales.

A l'inverse, un programme qui n'a pas du tout fonctionné : « **Dites non au diabète** », un programme de la CNAM qui n'a pas du tout rempli ses objectifs : cf. conclusion du rapport sur l'expérimentation :

« Les éléments recueillis et analysés dans le cadre de ce rapport d'évaluation permettent de conclure que le dispositif de prévention de l'apparition du diabète de type 2 n'a pas permis d'atteindre l'objectif initial de recrutement : 1167 participants inclus dans le programme (pour un objectif initial de 10 000 participants) dont seulement 284 participants ont terminé le programme. Le dispositif a coûté plus de 669 000 euros sur 5 ans et a mobilisé de fortes ressources humaines au niveau des caisses, de la CGSS et des opérateurs. »

5. Quels sont les obstacles qui limitent selon vous l'efficacité des politiques de prévention en santé ?

Les pratiques commerciales et stratégies des entreprises déterminent notre santé !

Les déterminants de la santé, définis par l'OMS comme les « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations » sont un concept clef sur lequel repose le principe de l'intervention en santé publique. Un nouveau facteur commence à émerger en tant que tel, et retient notre attention et celle des organisations qui œuvrent et militent à nos côtés pour la santé publique : les pratiques commerciales des entreprises. Les recherches en santé publique mettent en effet de plus en plus en évidence l'impact de ces pratiques sur la santé, et le concept de « déterminants commerciaux de la santé » commence à émerger dans le champ de la santé publique.



Selon la définition d'un comité d'experts internationaux indépendants, les déterminants commerciaux de la santé désignent « les systèmes, les pratiques et les voies par lesquels des acteurs commerciaux influent sur la santé et l'équité ». Les déterminants commerciaux de la santé caractérisent ainsi les pratiques et les stratégies déployées par les fabricants pour maintenir des produits nocifs sur le marché. Interroger les modalités d'intervention en santé publique sous ce nouvel angle des déterminants commerciaux permet de poser la question de l'impact du secteur privé sur la santé publique en mettant l'accent sur l'ensemble des conséquences sur la santé des populations de la commercialisation de produits dont la nocivité n'est plus à être démontrée, tels que le tabac et l'alcool, mais aussi des hydrocarbures et des aliments transformés. Le dernier rapport de l'OMS[1], paru en juin 2024, leur est consacré et fait le constat suivant, sans appel : quatre industries (tabac, alcool, produits ultra-transformés et énergies fossiles) sont à l'origine de 19 millions de décès par an dans le monde, soit 34 % de la mortalité totale. Dans la seule Région européenne, ces secteurs d'activités sont à l'origine de 2,7 millions de décès par an : cela représente 7000 victimes par jour. « La consolidation de ces secteurs industriels et d'autres en un petit nombre de puissantes sociétés transnationales leur a permis d'exercer un pouvoir considérable sur les contextes politiques et juridiques dans lesquels elles opèrent, et de faire obstruction aux réglementations d'intérêt public susceptibles d'avoir une incidence sur leurs marges bénéficiaires », indique l'OMS, qui décrit dans son rapport les différentes manœuvres des lobbies pour affaiblir, retarder, voir enterrer des textes législatifs visant à protéger la santé.

Gilmore et al. (2023) ont identifié sept pratiques commerciales (qui peuvent être légales ou non, et éthiques ou non), qui agissent de manière interactive et souvent synergique sur la santé :

- Les pratiques de gestion de la réputation des entreprises, qui les rendent plus légitimes et crédibles et améliorent leur image de marque ;
- Les pratiques scientifiques, qui impliquent la production et l'utilisation des données scientifiques pour modifier des produits ou obtenir des résultats favorables pour l'industrie ;
- Les pratiques marketing, qui visent à promouvoir les ventes de leurs produits ou services ;
- Les pratiques financières, qui permettent de soutenir la situation financière de l'entreprise ;
- Les pratiques de chaînes d'approvisionnement, qui concernent la création, la distribution, la vente au détail de leurs produits ou services, et de gestion de leurs déchets ;
- Les pratiques en matière de travail des personnes employées directement par l'organisation ou dans sa chaîne d'approvisionnement ;
- Les pratiques politiques, qui sont définies comme « les pratiques visant à garantir un traitement préférentiel ou à empêcher, façonner, contourner ou affaiblir les politiques publiques (ou une combinaison de ces actions) d'une manière qui favorise les intérêts des entreprises. »

[1] Quatre secteurs d'activité sont à l'origine à eux seuls de 2,7 millions de décès chaque année dans la Région européenne (who.int)



En tant qu'association défendant les droits des usagers du système de santé, nous alertons sur l'impact de ces pratiques et demandons des mesures réglementaires de la part des pouvoirs publics pour mettre en place des mesures de santé publique dont l'intérêt et l'efficacité sont démontrés par la science, afin que les décisions ne soient pas imposées par l'intérêt économique de quelques groupes, mais par l'intérêt général, c'est-à-dire l'intérêt des usagers et de la santé publique. Dans le contexte de crise que traverse notre système de santé et de prise en charge publique des dépenses de soins, il n'est plus tolérable que les profits économiques d'acteurs privés supplantent les intérêts généraux de santé publique, la santé des plus démunis et la survie de notre système de protection sociale suite à l'explosion des coûts liés aux maladies chroniques qu'ils génèrent.

Il y a urgence à (re)mettre en place des garde-fous : un meilleur encadrement des conflits d'intérêts, transparence sur les financements de la recherche, transparence sur les liens entre les lobbies et le monde politique et meilleur encadrement des groupes de pression (cf recommandations de 2016 de la Cour des comptes pour mieux encadrer les groupes de pression sur l'alcool par exemple) et surtout une volonté politique forte pour résister aux pressions des lobbies.

Quelques exemples :

- **Sur l'alcool**, deuxième cause de mortalité évitable -> sous l'impulsion du lobbying de l'industrie alcoolière : détricotage de la loi Evin au nom des intérêts du marché, échec des demandes d'agrandissement du logo femme enceinte barré, annulation du Mois sans alcool et non financement depuis de la campagne du Défi de janvier, portée et financée par un collectif d'associations sur leurs fonds propres (nous avons reçu un refus non motivé cette année de financement de la campagne sur le FLCA, alors même que les études en cours de la SFA montrent l'efficacité probante de cette campagne de prévention sur la population générale ainsi que sur les buveurs à risque et même à gros risque).
- **Sur l'alimentation** : le Nutri-score abandonné à l'échelle européenne... et bloqué à l'échelle nationale (actualisation du décret permettant au nouvel algorithme d'entrer en vigueur attendue depuis des mois !)?, la charte ARCOM d'auto-régulation et d'engagement volontaire qui arrive à ses limites (pas d'engagement quantifié de réduction d'exposition au publicités de produits avec un nutri-score D et E sur les horaires d'écoute conjointe)...



- **Une interministérialité nécessaire... mais difficile !**

Une autre difficulté identifiée est que les plans de santé publique fonctionnent avec un pilotage en silos alors que les politiques menées sont souvent complémentaires, avec une interministérialité difficile et des comités de suivi déconnectés du terrain.

Notre recommandation : cesser de fonctionner en silo, mieux articuler et mettre en cohérence les différentes stratégies de santé publique et plans opérationnels avec les politiques des autres ministères, notamment de l'agriculture, de l'économie, de la culture et de l'éducation nationale pour avoir des mesures transversales, co-portées par plusieurs programmes et plusieurs administrations (exemple de la SNANC et des PNNS, PNA, PNSE). Il est nécessaire de travailler en liens plus étroits avec les parties-prenantes et en interministériel, en menant des actions à 360°. Si l'on prend l'exemple du PNNS, ce dernier est encore trop isolé, il faut être en capacité de mutualiser les forces pour gagner en puissance et en notoriété et être plus audible. Les comités de suivi de ces stratégies et plans doivent être plus réguliers et moins descendants, permettre des réunions de travail opérationnelles avec toutes les parties-prenantes sur les difficultés rencontrées.

6. Existe-t-il des disparités dans l'accès aux actions de prévention entre les différentes régions françaises ou entre les différentes catégories socio-professionnelles ? Si oui, comment les réduire ?

Rôle des entités de promotion de la santé (IREPS/Promos santé) ou des ARS dans l'implication des associations dans des projets qu'ils initient, si possible en étant associées dès le départ et pas juste des contributrices. Nos associations nous remontent une disparité très variable de ces implications selon les régions, allant d'une implication réelle et intéressée à une ignorance et rejet complet des compétences, capacités et possibilités d'implication des associations. Chaque région, chaque ARS a ses spécificités, il n'y a pas d'homogénéité dans les projets auxquels les associations peuvent participer.

Pour lutter contre les déserts médicaux, des consultations avancées avec la possibilité de faire des dépistages seraient surement pertinentes et restent à évaluer dans les territoires dans lesquels ces actions sont menées.



7. Quels leviers est-il possible d'actionner pour améliorer les taux de participation des assurés aux actions de prévention, notamment en matière de dépistage et de vaccination ?

Une modification du pilotage des dépistages organisés contre les cancers avec l'envoi des invitations via la CNAM a débuté en 2024 afin de générer plus d'adhésion des usagers. Cette démarche sera renforcée par des plateformes pour « aller vers » les usagers en proposant éventuellement des rendez-vous pour la mammographie ou le suivi gynécologique des dépistages du cancer du col de l'utérus.

Nos couvertures vaccinales (CV) contre la grippe sont bien trop faibles. La France est à la traîne de l'Europe : seul un Français de plus de 65 ans sur deux est vacciné, et moins d'un porteur de pathologie chronique de moins de 65 ans sur trois a reçu une dose de vaccin. Ces CV ont chuté de façon continue, dans les dernières années, alors que les Anglais sont, avec 73% des populations cibles vaccinées, proches de l'objectif et de la recommandation de l'OMS (75%) [1]. Les personnes en ALD sont plus vulnérables et parfois ne reçoivent pas d'invitation de la CNAM pour se faire vacciner.

Cet hiver des Plans blanc ont perturbé l'accès aux soins des personnes atteintes de maladie chronique en raison des déprogrammations des interventions chirurgicales programmées dans certaines régions.

L'invitation à se faire vacciner contre la grippe devrait être dissociée de la vaccination contre la Covid qui reste un élément bloquant pour beaucoup de personnes.

La question de la vaccination des professionnels de santé est double :

- Ils représentent des exemples pour leurs patients
- La vaccination amènera une diminution des risques de transmission au cours des soins
- Les arrêts maladies des professionnels de santé engendrent des fermetures de lits qui renforcent la saturation des possibilités d'accueil des usagers.

[1] <https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/adult-flu-vaccination-coverage>



Perception des risques infectieux et couverture vaccinale insuffisante

- COVID-19 : Des dizaines de millions de cas et plus de 150 000 décès en France.
- Virus respiratoire syncytial (VRS) : Environ 30 % des enfants de moins de 2 ans développent une bronchiolite, soit 480 000 cas annuels. Cette année, une réduction de 5 600 hospitalisations liées au VRS a été observée, soulignant l'efficacité des mesures de prévention.
- Grippe :
 - Environ 10 000 décès annuels.
 - 2 millions de consultations.
 - Plus de 110 000 passages aux urgences et 15 000 hospitalisations (dont 23 % chez les moins de 65 ans).
- Pneumocoque : Mortalité comprise entre 10 et 30 % des cas. Couverture vaccinale extrêmement faible :
 - Moins de 30 % chez les patients chroniques de moins de 65 ans.
 - Moins de 5 % pour le vaccin pneumococcique.

Objectifs de vaccination non atteints

- La couverture vaccinale contre la grippe reste largement inférieure à l'objectif de 75 % fixé par l'OMS.
- COVID-19 : Impact majeur chez les jeunes en arrêt de travail et chez les plus de 60 ans avec comorbidités. Chez les plus de 80 ans :
 - 25 % développent des complications (dénutrition, insuffisance rénale).
 - 10 % nécessitent une hospitalisation, augmentant le risque de perte d'autonomie.
- Un système de santé sous tension : L'insuffisance de la prévention et de la vaccination contribue à la saturation des structures hospitalières, avec des conséquences directes : activation du Plan Blanc, retards dans la prise en charge des patients chroniques.
- Couverture vaccinale insuffisante parmi les soignants : Seulement 18 % de vaccination contre la grippe à l'AP-HP, selon Le Figaro du 10 janvier.

Données santé publique France :

La couverture vaccinale contre la grippe à peine 54 % (2023-2024) chez plus de 65 ans, et la couverture vaccinale chez les patients chroniques de moins de 65 ans, de l'ordre de 25,4 % versus l'objectif de l'OMS à 75 % [1]

La vaccination HPV doit être améliorée afin d'éviter les 6600 cancers liés au papillomavirus.

La vaccination dans les collèges est une action pour développer cette prévention. L'amélioration de l'adhésion passera par une simplification des autorisations parentales en exigeant qu'un seul parent et non les deux.

La prescription de ce vaccin pourrait être réalisée par les chirurgiens dentiste car ces professionnels de santé voient annuellement ces adolescents qui ne voient pas forcément le médecin de famille. Cette sensibilisation des enfants et des parents par ces professionnels de santé pourrait améliorer l'adhésion des parents.



Perception des risques infectieux et couverture vaccinale insuffisante

- COVID-19 : Des dizaines de millions de cas et plus de 150 000 décès en France.
- Virus respiratoire syncytial (VRS) : Environ 30 % des enfants de moins de 2 ans développent une bronchiolite, soit 480 000 cas annuels. Cette année, une réduction de 5 600 hospitalisations liées au VRS a été observée, soulignant l'efficacité des mesures de prévention.
- Grippe :
 - Environ 10 000 décès annuels.
 - 2 millions de consultations.
 - Plus de 110 000 passages aux urgences et 15 000 hospitalisations (dont 23 % chez les moins de 65 ans).
- Pneumocoque : Mortalité comprise entre 10 et 30 % des cas. Couverture vaccinale extrêmement faible :
 - Moins de 30 % chez les patients chroniques de moins de 65 ans.
 - Moins de 5 % pour le vaccin pneumococcique.

Objectifs de vaccination non atteints

- La couverture vaccinale contre la grippe reste largement inférieure à l'objectif de 75 % fixé par l'OMS.
- COVID-19 : Impact majeur chez les jeunes en arrêt de travail et chez les plus de 60 ans avec comorbidités. Chez les plus de 80 ans :
 - 25 % développent des complications (dénutrition, insuffisance rénale).
 - 10 % nécessitent une hospitalisation, augmentant le risque de perte d'autonomie.
- Un système de santé sous tension : L'insuffisance de la prévention et de la vaccination contribue à la saturation des structures hospitalières, avec des conséquences directes : activation du Plan Blanc, retards dans la prise en charge des patients chroniques.
- Couverture vaccinale insuffisante parmi les soignants : Seulement 18 % de vaccination contre la grippe à l'AP-HP, selon Le Figaro du 10 janvier.

Données santé publique France :

La couverture vaccinale contre la grippe à peine 54 % (2023-2024) chez plus de 65 ans, et la couverture vaccinale chez les patients chroniques de moins de 65 ans, de l'ordre de 25,4 % versus l'objectif de l'OMS à 75 % [1]

La vaccination HPV doit être améliorée afin d'éviter les 6600 cancers liés au papillomavirus.

La vaccination dans les collèges est une action pour développer cette prévention. L'amélioration de l'adhésion passera par une simplification des autorisations parentales en exigeant qu'un seul parent et non les deux.

La prescription de ce vaccin pourrait être réalisée par les chirurgiens dentiste car ces professionnels de santé voient annuellement ces adolescents qui ne voient pas forcément le médecin de famille. Cette sensibilisation des enfants et des parents par ces professionnels de santé pourrait améliorer l'adhésion des parents.



8. Les campagnes de sensibilisation ont-elles prouvé leur efficacité ? Quels types de messages ou de supports vous semblent les plus adaptés ?

- Le Défi de janvier (version française du dry January) est aujourd'hui une campagne de sensibilisation qui a les preuves de son efficacité, alors même qu'il n'est toujours pas porté ni même soutenu par l'Etat, mais pas les seuls acteurs associatifs : en 2024, on estime qu'il y a eu 4,5 millions de participants, 61% des consommateurs d'alcool connaissent la campagne et 32% des participants ont pris conscience qu'ils avaient une consommation à risque (contre 17% chez les non participants au Défi). Cette année, selon une enquête Ifop, 25% de la population ferait le Défi, soit une estimation de 17 millions de français. La Société française d'alcoologie a développé une appli de coaching, promue notamment pendant le mois de janvier lors du Défi par le collectif des associations engagées dans la campagne. L'analyse des résultats de l'utilisation de cette application lors du Défi de 2024 [actuellement en relecture, publication prochaine] apporte un éclairage très intéressant sur cette campagne de prévention : l'engagement dans le défi de janvier concerne toutes les classes d'âge (de 18 à 85 ans, une majorité de participants entre 40 et 60 ans -avec un pic à 50 ans, même si les jeunes entre 20 et 30 ans sont nombreux aussi) et surtout n'est pas l'apanage d'un public en particulier. Le défi réunit tous les publics, des personnes le moins à risque de complications à celles qui présentent un niveau de risque élevé et même très élevé. En résumé, 60 % des utilisateurs de l'application pendant le Défi sont à risque faible, 20 % à risque moyen et 20 % à risque élevé, voire très élevé – ces deux derniers groupes comptant chacun pour 10 %. Et surtout, nous apprenons que tous les participants, quelles que soient leurs modalités de consommation, remplissent les deux objectifs fixés par le programme de coaching : changer ses habitudes de consommation et avoir des jours à zéro (verre). Autrement dit, le bénéfice est commun à tous les groupes, le profit étant le plus marqué auprès des 20 % d'utilisateurs qui ont des consommations importantes, voire très importantes. C'est à la fois logique et arithmétique, mais là où on aurait pu penser que les personnes avec une consommation élevée n'arriveraient pas forcément à bouger notablement, les données recueillies attestent au contraire que c'est tout à fait possible.[1]

[1] Recherche menée via l'application mydéfi, conçue par le Pr Perney, addictologue, et portée par la Société Française d'Alcoologie: <https://mydefi.life/>
<https://www.france-assos-sante.org/2025/01/06/defi-de-janvier-une-mine-dinformations-pour-enrichir-les-connaissances/>



- Ce serait un geste symbolique et fort surtout de la part d'un ministère qui a pendant longtemps porté le nom "de la santé et de la prévention" de soutenir l'opération du Défi de janvier : déjà parce suite à l'annulation de deux campagnes de prévention grand public de Santé Publique France en 2023, la confiance a été ébranlée, ensuite parce qu'il n'y a pas sur le sujet de l'alcool le même volontarisme que pour celui du tabac (cf le mois sans tabac porté et financé par les pouvoirs publics), enfin parce que la campagne a donné les preuves de son efficacité. Et ce serait également un soutien financier important car pour l'instant, les acteurs associatifs supportent seuls les coûts liés : affiches, flyers, sites d'information, applications d'aide à la réduction de sa consommation (par exemple l'appli MyDéfi portée par la Société française d'alcoologie qui supporte le coût du développement) ... Les associations ne disposent pas des mêmes moyens que Santé Publique France.
- Ce mois-ci, la Ligue contre le cancer a fait le choix d'une campagne d'information et d'incitation aux dépistages organisés avec un slogan « choc », pour qu'enfin le dépistage du cancer colorectal, sujet peu attrayant d'un point de vue médiatique et citoyen, soit médiatisé autant qu'octobre rose : <https://www.ligue-cancer.net/mars-bleu>
- Autre exemple : chaque année, à l'occasion des journées mondiales de l'obésité, le CNAO (Collectif national des associations d'obèses) lance une campagne de sensibilisation créative et impactante sur une maladie stigmatisée qui n'est pas encore pleinement reconnue en France et qui représente un enjeu de santé publique à l'échelle mondiale. Cette campagne est déployée sur les réseaux, dans l'espace public et dans les établissements de santé : <https://cnao.fr/>

Enfin, il faut aussi avoir à l'esprit que parfois, le passage à l'hôpital est le seul point de contact pour certaines personnes avec une sensibilisation à la prévention (sur le sujet de l'alcool par exemple, on ne peut que déplorer la faiblesse des campagnes nationales, et des moyens donnés aux acteurs locaux) : en ce sens, c'est aussi un endroit où la dynamique préventive doit s'installer afin de construire des repères et de sensibiliser les personnes à un moment où elles sont malades et donc peut-être plus ouvertes et sensibles à ces enjeux, et ensuite aller vers du repérage et un travail sur les comportements à risque.



9. Comment évaluez-vous l'impact des nouvelles technologies et des outils numériques (applications, e-santé, télémédecine) dans la prévention des risques sanitaires ?

Nous estimons que les applications du numérique dans la santé ont un rôle à jouer dans la prévention. Si la téléconsultation médicale n'a pas un impact direct sur la prévention, d'autres services peuvent être utiles :

- la télé-expertise (avis spécialisé rendu à distance) permet des diagnostics plus justes et précis en réduisant l'errance diagnostique.
- La télésurveillance (protocole de suivi à domicile du patient) permet grâce aux données quasi en temps-réel de générer des alertes (aggravation de l'état du patient, ex : décompensation d'une insuffisance cardiaque) qui nécessitent une intervention médicale ou adaptation de prise en soin

Dans ces deux cas, on contribue à prévenir les complications des pathologies, les hospitalisations évitables, etc.

Les applications de santé ont montré leurs limites dans la prévention primaire. Certaines études pointent le fait que ces applications sont désinstallées très rapidement (97% des utilisateurs en moins d'un mois pour les applications en santé mentale). Si elles ne sont pas couplées à des actions ou services physiques ou ne s'inscrivent pas dans un parcours de santé concret, elles ne parviennent souvent pas à avoir un impact significatif. Il faudrait encourager la "prescription" d'outil numérique par les professionnels de santé, exemple : l'utilisation de RecoSanté outil public d'information sur la qualité de l'air (allergènes, etc.) par les allergologues et médecins généralistes pendant la saison allergique. Ce type de service ne peut donc palier seul les défauts du système de santé, notamment sa difficulté à structurer et financer des parcours de santé pluridisciplinaires.

La transition digitale implique donc une transformation de l'organisation du système de santé pour en tirer le meilleur parti. Les technologies d'intelligence artificielle (IA) par exemple jouent un rôle clé dans l'analyse de grandes quantités de données en santé, permettant un ciblage plus précis des patients pour la prévention et le diagnostic précoce. Elle facilite ainsi une approche de responsabilité populationnelle, où les professionnels de santé d'un territoire collaborent avec les acteurs institutionnels pour répondre aux besoins de la population, besoins mieux documentés grâce à ces nouvelles analyses. Cependant, pour que ces avancées aient un impact réel, il est essentiel de mettre en place une organisation adaptée, notamment en garantissant un parcours de soins structuré avec une offre de santé qui correspond à ces besoins et qui ne peut se résumer à des services numériques. Tout en s'assurant de l'exhaustivité et de la qualité des données utilisées à l'échelle des territoires pour ne pas avoir une vision biaisée ou incomplète des besoins de santé.



L'usage de l'intelligence artificielle dans la prévention ouvre pourtant un champ immense de possibilité. Cependant, les professionnels de santé adoptent aujourd'hui des outils qui leur apportent un retour sur investissement (optimisation de gestion, décharge administrative, etc.). Alors que les outils de prévention vont apporter un bénéfice non pas aux professionnels mais à la collectivité (Assurance maladie en premier lieu), la question de savoir qui va soutenir ces usages reste entière. Le rôle de l'Assurance maladie devra donc probablement évoluer pour être le financeur de certains outils et usages pour son propre bénéfice, qui ne trouve pas de réponses très solides aujourd'hui dans les récentes expérimentations de la capitation (paiement pour le suivi d'une cohorte de patient).

Les nombreuses initiatives de politiques publiques de soutien à la prévention en santé s'appuient aujourd'hui sur un financement des acteurs de l'innovation en particulier privés. Mais ceux-ci rencontrent une difficulté car sans parcours de santé engageants les différentes parties prenantes, ils ne trouvent pas de modèle économique pérenne. Par conséquent les sommes importantes allouées ne sont pas assorties d'effets significatifs autres que pour le tissu économique du pays, sans garantie à moyen ou long terme. Nous manquons cruellement d'évaluation des effets de cette doctrine politique qui par ailleurs motive les politiques à délaisser les autres types d'intervention, pourtant plus économes et avec un impact sanitaire démontré.

10. Comment évaluez-vous la collaboration entre les différents acteurs publics (État, Assurance maladie, collectivités territoriales) et privés (complémentaires santé, associations, entreprises) dans le cadre des actions de prévention ? La répartition des rôles vous semble-t-elle claire ? Efficace ? Quels mécanismes pourraient-ils selon vous être mis en place pour une meilleure coordination entre les différents acteurs impliqués dans la prévention ?

Il y a un manque d'articulation entre les différents acteurs de santé dans le cadre des programmes de prévention (Assurance maladie, ARS, départements, communes, complémentaires santé, etc.). Chacun fait ses programmes de son côté, sans coordination. Nous considérons que les CPAM pourraient être un acteur pilote de la coordination des actions de prévention dans les territoires, dans la mesure où elles ont toutes les données de santé des populations, cela permettrait de cibler les programmes prioritaires de prévention en fonction du profil des populations du territoire, en coordination avec les différents acteurs, que ce soit en matière de mise en œuvre que de financements.



11. Comment améliorer l'implication des acteurs locaux (collectivités, associations, écoles) dans la mise en œuvre des actions de prévention ?

L'implication du ministère de l'Éducation nationale dans les différents plans de santé publique est un préalable nécessaire, pourtant des difficultés à contacter et travailler avec ce ministère nous sont régulièrement remontées : à titre d'exemple, il aurait été pertinent que le ministère de l'EN s'implique dans l'élaboration et le suivi du PNNS5, ou de la charte ARCOM.

Autre exemple : faire entrer l'activité physique dans les habitudes de vie des français, et notamment des personnes les plus défavorisées, implique une éducation dès le plus jeune âge, dans tous les milieux de vie, et notamment l'école. Si l'activité physique en tant que telle, est prévue dans les programmes de l'EN, les attendus n'intègrent pas la notion de santé/bien être/plaisir, mais restent ancrés dans la performance : réaliser une performance ; adapter ses déplacements à différents types d'environnement ; coopérer et s'opposer individuellement et collectivement ; concevoir et réaliser des actions à visées expressive, artistique, esthétique.

Il s'avère donc essentiel, de revoir l'appréhension de l'activité physique dans l'éducation, y compris le système de notation qui peut concourir à vivre cette activité physique de manière subie et non volontaire. Sans compter l'exclusion de certains élèves ayant des problèmes de santé ou en situation de handicap, qui se voient parfois exclus, faute d'activité adaptée.

Le concept des écoles promotrices de santé se développe néanmoins : « être bien pour bien apprendre », c'est la promotion de la santé globale et positive au service de la réussite des élèves : <https://eduscol.education.fr/2063/je-souhaite-m-engager-dans-la-demarche-ecole-promotrice-de-sante>

Les collectivités territoriales peuvent proposer des projets d'urbanisme favorables à la santé : <https://villes-sante.com>

La Stratégie décennale de lutte contre les cancers incite ainsi à la mobilisation des collectivités territoriales. Elle appelle à davantage prendre en compte l'impact de toutes les politiques qui agissent sur l'environnement physique, économique et social des individus.

Les communes ne disposent pas de compétences spécifiques en matière de prévention et de promotion de la santé. Pour autant, elles possèdent une connaissance fine de leur territoire et des leviers d'action sur une grande variété de milieux de vie à activer pour mettre en place des environnements favorables à la santé. C'est pourquoi elles peuvent jouer un rôle clé dans la prévention et la promotion de la santé.



Focus sur un exemple de projet associatif d'implication des collectivités territoriales : « Ma ville se Ligue contre le cancer » décliné dans des collectivités territoriales par les comités de la Ligue contre le cancer avec le pilotage du projet au niveau de la Ligue Nationale contre le cancer.

Depuis plus d'un siècle, la Ligue contre le cancer et ses 103 comités départementaux répartis sur l'ensemble du territoire français, développent des actions pour réduire les facteurs de risque de cancer et promouvoir la santé.

Convaincue du rôle clé qu'occupent les communes dans la mise en œuvre d'environnements de vie favorables à la santé et de la pertinence d'agir à l'échelle locale, nous avons déployé ensemble plus de 7 000 espaces sans tabac dans 1 600 communes depuis 2012, aboutissant à une victoire collective: la généralisation des Espaces sans tabac inscrites dans le Programme national de lutte contre le tabagisme (PNLT) en 2023.

<https://www.ligue-cancer.net/nos-missions/actions-collectives/espaces-sans-tabac>

Aujourd'hui, la Ligue contre le cancer a décidé d'aller plus loin dans son engagement avec un nouveau programme innovant : Ma ville se Ligue contre le cancer.

Dans la lignée des approches de promotion de la santé et la démarche de « santé dans toutes les politiques » promue par l'OMS, Ma Ville se Ligue contre le cancer est un programme invitant les acteurs locaux à agir dans tous les secteurs d'activité (alimentation, transport, environnement...) et à cibler une variété de milieux de vie (espace public, milieu scolaire, restauration collective...) afin de promouvoir les facteurs protecteurs de cancer (activité physique, vaccination, dépistage, qualité de l'air...) et limiter les facteurs de risque (tabac, alcool, pollution, sédentarité...).

L'objectif de ce programme est ainsi de créer des environnements favorables à la santé en accord avec les recommandations nationales et internationales de santé publique.

Pour valoriser le travail des communes mobilisées dans la lutte contre le cancer, la Ligue contre le cancer a coconstruit avec des experts de la santé publique et des acteurs de terrain, un répertoire de 30 actions opérationnelles réparties en 4 thématiques autour de tous les facteurs de risque de cancer :

- * Plaidoyer et réglementation (exemples : lutter contre l'influence des publicités de l'alcool et de l'alimentation peu favorable à la santé dans l'espace public, mettre en place des espaces sans tabac, développer une offre alimentaire équilibrée et de qualité dans les restaurations collectives...)
- * Sensibilisation et formation (exemples : relayer les campagnes de prévention auprès de la population, informer la population sur la vaccination HPV, former les élus et les agents de la commune aux enjeux de santé...)
- * Aménagement et urbanisme, (exemples : aménager l'espace public pour favoriser la pratique d'activité physique, créer des zones ombragées pour limiter l'exposition de la population aux UV, favoriser les mobilités actives...)
- * Accès à la prévention (exemples : organiser des dispositifs d'aller-vers pour améliorer le recours aux dépistages, promouvoir le bilan prévention...).

Conçu comme un parcours progressif, le programme a été développé autour d'un label. Celui-ci permet de valoriser la mobilisation d'une commune à toutes les étapes: de son engagement initial dans le programme à la mise en œuvre des actions sur son territoire.



12. L'intégration de la prévention dans le parcours de soins des patients est-elle suffisante ? Quels ajustements préconiserez-vous ?

Tant que l'on sera toujours quasi exclusivement au financement à l'acte, la prévention ne pourra pas être suffisamment intégrée au parcours patient. La T2A est un frein à la prévention.

Nous souhaitons aussi soulever le sujet des prises en charge au parcours de certaines maladies chroniques, qui incluent notamment l'activité physique et l'alimentation: si la prescription de l'APA (activité physique adaptée) pour les personnes en ALD a été introduite en 2016, elle demeure peu appliquée, avec plusieurs freins à dépasser, notamment l'hétérogénéité et la méconnaissance de l'offre sur les territoires, ainsi que la question de la prise en charge financière dans le droit commun pour les personnes concernées (malades, personnes âgées, obèses, etc.). La diététicienne en ville n'est pas non plus prise en charge. Il est impératif de lever ces barrières et de les intégrer dans des parcours, avec la nécessité qu'une prise en charge en ville soit prévue.

Chaque personne recevant un diagnostic de maladie chronique devrait recevoir des séances d'éducation thérapeutique et d'éducation à la santé afin d'adopter un mode de vie protecteur de leur santé. L'annonce d'une maladie grave représente un moment qui peut induire des modifications de comportements en adoptant un mode de vie protecteur de sa santé. Une éducation à l'usage de notre système de santé devrait également faire partie de ces programmes d'accompagnement.

Enfin, l'interaction des personnels des établissements de santé avec les patients constitue une opportunité pour permettre de les sensibiliser à des enjeux concrets de prévention : pourtant une étude de la Ligue contre le cancer publiée le 25 novembre 2024 montre qu'un patient sur deux n'a pas reçu d'information sur les facteurs de risques de cancer après l'annonce, qu'un quart n'a pas été interrogé sur sa consommation de tabac et qu'un tiers n'a pas été interrogé sur sa consommation d'alcool : en conséquence, pas d'orientation vers des addictologues afin de prévenir les récurrences de cancer ou les comorbidités !



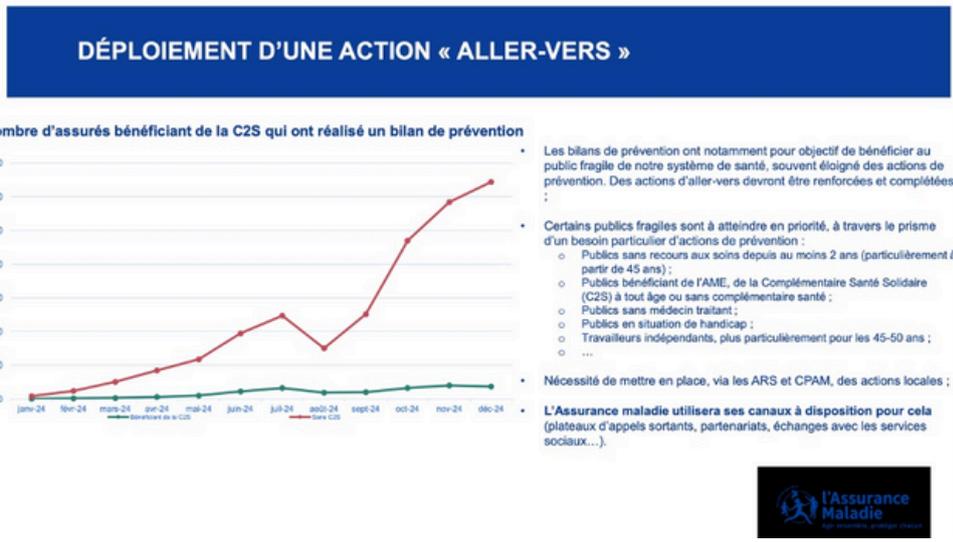
Quel regard portez-vous sur les rendez-vous de prévention en cours de généralisation depuis l'été 2024 ?

Globalement, beaucoup de personnes éligibles ont prérempli leurs questionnaires sur Mon espace santé, mais ont ensuite rencontré des difficultés à trouver un personnel de santé faisant ces rendez-vous. En effet, le questionnaire renvoie sur sante.fr pour trouver un professionnel de santé, mais peu de professionnels semblent en réalité disponibles, ou alors pas à proximité du lieu de vie de l'utilisateur. Il aurait été intéressant de prévoir un système de prise de RDV directement sur Mon espace santé pour ces rendez-vous de prévention spécifiquement.

Mon parcours prévention des rendez-vous aux âges clés de la vie :



Une montée en puissance de ce dispositif avec fin 2024, 60 000 personnes en ont bénéficié. Cependant un déterminant social, avec une plus grande participation des niveau CPS+. Ce constat nécessitera des actions d'aller vers organisé par la CNAM afin de solliciter les personnes les plus vulnérables.

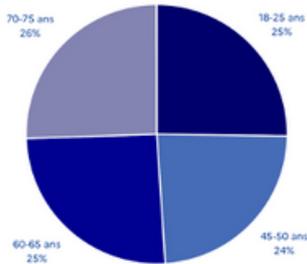




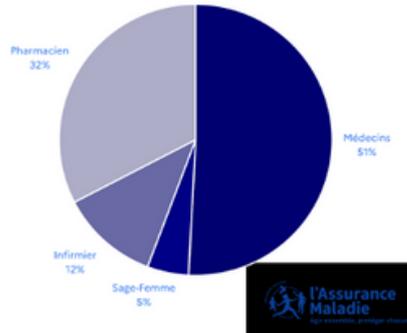
Le nombre des professionnels impliqués dans mes rendez-vous prévention : La diversification des acteurs permet une meilleure accessibilité pour les usagers.

PROPORTIONS DES BILANS DE PRÉVENTIONS RÉALISÉS

Bilans réalisés par tranche d'âge



Bilans réalisés par type de professionnel de santé



13. Quelle forme pourrait prendre, selon vous, un parcours de prévention tout au long de la vie ? Quelles devraient être, selon vous, les places respectives du médecin traitant et des autres professionnels de santé ?

De la femme enceinte à la fin de vie, nous devons construire un parcours éducatif et de responsabilisation de sa santé et son bien-être pour bien vieillir en bonne santé. Nous devons évoluer d'un système de santé curatif vers un système mixte. Cela implique :

Une approche « santé » tout au long de la vie à l'image de « garde ton cap » : le médecin généraliste est un pivot avec un accompagnement pluridisciplinaire de professionnels de santé et notamment des Infirmiers de pratique avancée pour un accompagnement des personnes en ALD.

La formation de tous les professionnels de santé doit évoluer dans ces pratiques. Les pratiques avancées doivent faire l'objet de parcours de professionnalisation sans devoir quitter la profession pendant deux ans.

Des actions d'accompagnement global de personnes atteintes de maladies chroniques ont fait l'objet d'expérimentation probantes dans l'article 51.

Les financements de prévention doivent faire partie du parcours des personnes sur des indicateurs de « bonne santé » avec des résultats sur des indicateurs pertinents auprès des professionnels de santé.

Le temps médical ne permet pas aux médecins de donner l'information nécessaire aux patients.

Les médecins généralistes ne peuvent plus assumer tous les actes comme les renouvellements d'ordonnance, prise de la tension ... L'organisation de la médecine de ville doit être construite sur le modèle hospitalier avec une équipe pluridisciplinaire.



14. Dans quelle mesure et de quelle manière l'utilisation renforcée du dossier médical partagé (DMP) doit-elle permettre d'améliorer les politiques de prévention en santé ? La transmission aux patients de messages de prévention adaptés à leur situation connue, au sein de Mon Espace santé, vous paraît-elle constituer une nouveauté intéressante ?

Le DMP peut contribuer à encourager et faciliter la réalisation des bilans de prévention aux âges clés. Si les questionnaires à pré-remplir directement dans Mon Espace Santé ont rencontré un succès relatif, notamment au vu de la faible promotion publique du dispositif, il reste encore difficile pour les usagers de transformer l'essai et de bénéficier d'une consultation dédiée avec un professionnel. Il nous semblerait intéressant d'explorer les possibilités du DMP pour avoir un suivi des réponses à ces questionnaires, d'une consultation à une autre, et d'avoir une vision sur l'évolution de certains indicateurs pour la prise en soins des usagers mais aussi à titre épidémiologique.

L'envoi de message ciblé de prévention dans Mon Espace Santé est intéressant. Il faut cependant éviter la superposition des messages, la multiplication des sources représente une difficulté pour les usagers qui peuvent être noyés rendant la démarche et les messages contreproductifs. Ceux-ci doivent être rédigés avec précaution d'autant plus quand le ciblage est réalisé sur la base d'information de santé particulièrement sensibles (santé mentale, santé sexuelle, addictologie, etc.) et éviter à tout prix d'avoir une approche injonctive ou culpabilisante. Les messages portés doivent donc être en accord avec la stratégie nationale de prévention portée par les acteurs publics.

Chaque usager doit avoir la liberté de consentir de manière active à ce type de service. Ce consentement exprès (et non pas droit d'opposition) ne peut se faire qu'à partir d'une information claire et loyale. Et il convient de lister précisément les données de santé qui peuvent faire l'objet d'un traitement automatisé visant à cibler l'utilisateur pour l'envoi de contenus. Le consentement pourrait être par ailleurs modulable selon les critères de santé utilisés pour le ciblage et le type de contenu souhaité par l'utilisateur.

Les résultats de l'étude HLS19 de Santé Publique France, montre que le premier obstacle pour les Français à l'utilisation d'informations de santé en ligne est l'indépendance de celle-ci vis à vis des intérêts commerciaux. Nous nous faisons donc le relais de ces inquiétudes particulièrement dans le contexte présent et compte rendu des risques grandissant de financiarisation ou accaparement du dossier médical des Français par des appétits privés parfois voraces et peu transparents.



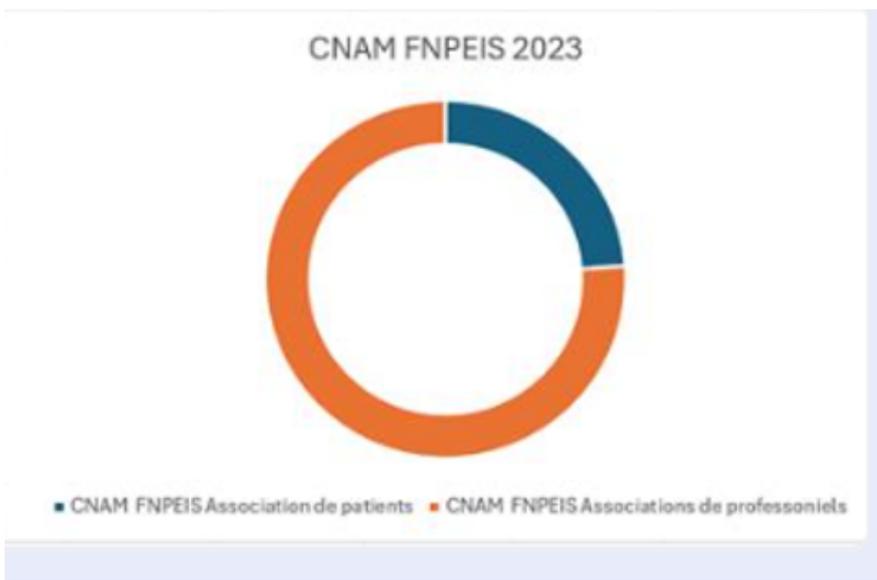
15. Le financement des actions de prévention vous semble-t-il clair et lisible pour les assurés ? Vous semblerait-il opportun de modifier le circuit de financement des actions de prévention ? Si oui, comment ?

La prévention en France est majoritairement portée par les associations. La prévention s'inscrit notamment dans l'ADN des associations de patients qui les accompagnent. Or peu de moyens financiers sont donnés par leur ministère de tutelle : il faudrait à travers des financements à la hauteur des enjeux reconnaître l'importance de ces actions et engager leur pérennité.

Nous avons regardé de près les données dont nous disposons pour 2023 et **nous nous interrogeons sur le financement actuel des acteurs associatifs : CNAM / FNPEIS**

Associations de patients : 23,8%

Associations de professionnels : 76,2%



CNAM : FLCA

77 millions au total (ARS, SPF, INCA, INSERM...) dont 5 millions au titre des appels à projet « mobilisation de la société civile » 2018 à 2022 et le soutien à la poursuite et à l'enrichissement de projets précédemment financés et issus de la mobilisation de la société civil : soit 6,76 % du montant

DGS programme 204

921 500 euros sur 11 330 000 euros, soit 8,13% du montant sur Prévention, nutrition santé et prévention des addictions, prévention des risques infectieux émergents, santé sexuelle, trauma



Le développement de programmes probants de prévention nécessite des moyens financiers et humains considérables : mobilisations d'acteurs, partenariats à développer, sans que les associations qui s'investissent pour les déployer ne soient sûres in fine que ces programmes soient maintenus et valorisés. Ces programmes sont parfois arrêtés du jour au lendemain, sans information préalable (cf. l'exemple de la LNCC avec Tabado, arrêté pour être remplacé par des programmes de lutte contre l'entrée dans le tabagisme, là où Tabado était un programme d'aide à l'arrêt du tabac) : cela questionne la logique de choix dans les politiques publiques de prévention.

Il faut questionner la pérennité et donc le modèle financier de la prévention : chaque année, les associations sont confrontées à la question de savoir si le programme dans lequel elles sont investies va être reconduit, si la dynamique va être maintenue. L'on est encore dans une vision très « court-termiste » de la prévention.

A noter : le collectif des associations qui portent la Campagne du Défi de janvier a fait une demande officielle de financement adressée en avril de cette année au Fonds de Lutte contre les Addictions (FLCA). Cette demande est restée lettre morte : une absence de réponse peu habituelle pour ce type d'appel à projets. Si le FLCA n'ose pas notifier son refus, on se doute de la raison : il devrait être motivé comme c'est la règle pour toute décision administrative. Or, il est difficile de justifier un tel immobilisme face aux dommages sanitaires et sociaux de l'alcool, 2ème cause de mortalité évitable, impliqué dans 1 féminicide sur 2 et dans 30 % à 40 % des cas de condamnations pour violences.

16. Les complémentaires santé sont-elles assez mises à contribution dans la politique de prévention ?

Les complémentaires santé élaborent de nombreuses actions de prévention, mais nous n'avons aucune visibilité d'une part sur l'offre globale, car chaque organisme, chaque contrat peut prévoir des actions, et d'autre part sur l'impact réel de ces actions. Il n'existe aucune évaluation réelle de ces actions, et par ailleurs celles-ci ne couvrent que les personnes qui ont souscrit ces garanties, et qui ne sont pas forcément celles qui en ont le plus besoin. Nous sommes attachés à ce que la Prévention relève du ressort principal de la solidarité nationale, car celle-ci est d'autant plus importante pour les personnes les plus défavorisées et les plus éloignées de l'éducation à la santé. Or comme on le sait, l'accès à la complémentaire santé est plus difficile pour ces personnes. La prévention doit donc rester accessible à tous les publics et donc gérée par l'AMO. En revanche nous estimons que les complémentaires santé auraient une large place dans le cadre de la prévention au travail, dans la mesure où il existe une couverture santé obligatoire dans les entreprises, et désormais dans la Fonction Publique.



4% des usagers n'ont plus de complémentaire santé, (ce chiffre n'a pas été actualisé au regard des augmentations répétées sur plusieurs années des cotisations), ils sont indépendants ou retraités : si la prévention est laissée à ces acteurs, une iniquité d'accès pénalisera les Français moyens qui ne peuvent plus financer leur complémentaire santé.

17. Quel regard portez-vous sur la récente réforme de la politique de prévention en santé bucco-dentaire pour les jeunes, avec l'annualisation du dispositif M'T Dents et la participation des complémentaires santé au financement ?

Nous sommes favorables à l'annualisation des consultations de prévention dentaire pour les enfants et les jeunes de 3 à 24 ans, qui en soi est une bonne nouvelle, mais qui est gâchée par la suppression de la prise en charge intégrale, puisque désormais un ticket modérateur est instauré, pris en charge par la complémentaire santé, pour ceux qui en ont une... Nous rappelons que si 4% de la population n'a pas de complémentaire santé, ce taux grimpe à 12% pour les populations les plus pauvres, qui sont celles qui sont précisément les plus éloignées des soins et de la prévention. Cette hausse de restes à charge risque donc d'entraîner un renoncement à ces consultations préventives, très dommageable.

MTdents, une génération sans carie en 2032 : un passage à des rendez-vous annuel chez les chirurgiens-dentistes pour les 3 à 24 ans avec des objectifs ambitieux. Les enfants des personnes sans complémentaire santé devraient être pris en charge par l'AMO. Qu'en sera-t-il pour les jeunes adultes sans complémentaire santé ?

TAUX DE RECOURS AUX CHIRURGIENS-DENTISTES POUR LES CLASSES D'ÂGE CONCERNÉES PAR L'EBD (3-24 ANS) EN 2023



Indicateurs	Résultat 2022	Résultat 2023	Cible 2023	Cible 2024	Cible 2025	Cible 2026	Cible 2027
Taux de recours au chirurgien-dentiste pour les classes d'âge concernées par l'examen bucco-dentaire (3-24 ans)	51,6%	54,2%	51,0%	52,0%	53,0%	54,0%	55,0%

Actions de prévention bucco-dentaire en 2023 :

1. MT dents en ville : 1,8 million d'assurés de 3 à 24 ans ont bénéficié du programme M'T dents
2. MT dents en milieu scolaire :
 - sept 2022/juin 2023 : 32 400 élèves de CP sensibilisés ; 50 219 élèves de CP sensibilisés et dépistés ; 20 240 élèves de maternelles sensibilisés.
 - prévisions sept 2023/juin 2024 : 26 594 élèves de CP sensibilisés ; 65 620 élèves de CP sensibilisés et dépistés ; 22 837 élèves de maternelle sensibilisés.
3. Convention dentaire de juillet 2023 prévoyant le programme Génération sans carie début 2025





4% des usagers n'ont plus de complémentaire santé, (ce chiffre n'a pas été actualisé au regard des augmentations répétées sur plusieurs années des cotisations), ils sont indépendants ou retraités : si la prévention est laissée à ces acteurs, une iniquité d'accès pénalisera les Français moyens qui ne peuvent plus financer leur complémentaire santé.

18. Avez-vous d'autres points à porter à l'attention des rapporteurs ?

Le sujet de la prévention quaternaire : il faudrait inclure la polymédication parmi les déterminants de santé.

L'« hyper polymédication » chez les personnes âgées a été pointée du doigt par la CNAM dans les orientations 2024 de son rapport charge et produits[1] : le document souligne l'importance de réduire la polymédication chez les personnes âgées pour limiter les risques sanitaires et les coûts associés :

- La polymédication est définie comme la prise d'au moins 5 molécules différentes : 50% des patients de 65 ans et plus ont plus de 5 molécules délivrées 3 fois dans l'année.
- L'hyper-polymédication est définie comme la prise d'au moins 10 molécules différentes (critère : 3 délivrances au moins sur 1 an) : en 2021, 20,1% des 75 ans et plus sont en situation d'hyper-polymédication et 14% des 65 ans et plus ont plus de 10 molécules délivrées 3 fois dans l'année.

Les risques associés recouvrent l'augmentation du risque d'effets indésirables iatrogènes (troubles rénaux, chutes, fractures, etc.), un risque accru d'interactions médicamenteuses, la réduction de l'observance du traitement et l'augmentation du risque d'hospitalisation.

Le coût de la polymédication a été évalué :

(sachant qu'en moyenne, les 65 ans et plus consomment 7 boîtes de médicaments par mois)

- Le remboursement moyen annuel est de 773€ par patient de 65 ans et plus.
- Pour les patients polymédiqués, le remboursement moyen est de 1138€.
- Pour les patients hyper-polymédiqués, il atteint 1882€.

Dans les établissements de santé et les EHPAD des protocoles de prévention des chutes des personnes âgées sont mis en œuvre alors que l'hyper médication entraîne un risque accru des chutes par une utilisation massive en France de la classe des Barbituriques (cf. charges et produits CNAM).

Les médecins généralistes devraient réduire les prescriptions de médicaments qu'ils renouvellent en routine après les consultations des spécialistes qui raisonnent en silos (exemple la sur prescription des IPP).

Les prescripteurs devraient obligatoirement respecter les recommandations de prescriptions (dose et temps d'exposition)

A propos de France Assos Santé

L'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS) dite France Assos Santé a été créée en mars 2017 dans la continuité d'une mobilisation de plus de 20 ans pour construire une représentation des usagers interassociative. Organisation de référence pour défendre les intérêts des patients et des usagers du système de santé, sa mission est inscrite dans le Code de la santé publique (loi du 26 janvier 2016). Forte d'un maillage territorial de 18 délégations régionales (URAASS), elle regroupe près de 100 associations nationales et plusieurs centaines d'associations régionales qui agissent pour la défense des droits des malades, l'accès aux soins pour tous et la qualité du système de santé. Elle forme les 15 000 représentants des usagers qui siègent dans les instances hospitalières, de santé publique ou d'assurance maladie. Elle prend une part active dans le débat public et porte des propositions concrètes auprès des acteurs institutionnels et politiques pour améliorer le système de santé.



[Défendre vos droits](#)

[Vous représenter](#)

[Agir sur les lois](#)