



**MERCREDI 30
octobre 2024
RENDEZ-VOUS À 18H
ASSEMBLÉE NATIONALE À PARIS
SALLE COLBERT**

**LA PRÉVENTION AU COEUR DU SYSTÈME
DE SANTÉ DE DEMAIN**

**QUELS ENJEUX POUR LES
ÉTUDIANT(E)S EN MÉDECINE ET
LES JEUNES MÉDECINS ?**

**LA CONF' SANTÉ
DES JEUNES MÉDECINS**

IS SANTÉ
Institut de Santé
Département de Santé
Système de Santé



ISNI
Inter-Synchrone Nationale des Internes



Sommaire

Préambule / Introduction P3

AXE 1 :

**Renforcer la formation des jeunes dans la prévention
et la recherche en santé publique..... P4**

AXE 2 :

Valoriser les spécialités au cœur de la prévention P7

AXE 3 :

Intégrer la prévention dans les exercices médicaux P10

AXE 4 :

**Une santé des étudiant(e)s en médecine intégrant
pleinement la prévention..... P13**

AXE 5 :

Une gouvernance nationale et locale adaptée à la prévention P16

AXE 6 :

Un financement dédié à la prévention P19

Préambule

Les cinq institutions partenaires de ces propositions autour de l'impact de la **prévention au cœur du futur système de santé**, ont décidé de démarrer sur un champ essentiellement médical.

Ayant bien conscience que ce thème concerne **l'ensemble des professionnel(le)s de santé**, les organisateurs précisent que cette initiative n'est qu'une première étape, qui devra s'élargir à toutes les professions.

Il n'en demeure pas moins que les propositions mises au débat montrent l'urgence et l'ampleur des transformations à mener pour les étudiant(e)s en médecine et les jeunes médecins, si le pays veut basculer vers un modèle de santé populationnel et préventif.

Introduction

Le vieillissement de la population est un formidable progrès de l'humanité, qui pourrait se transformer en une **menace pour les systèmes de santé** des pays développés, si ce vieillissement ne se faisait pas en bonne santé.

Ainsi, la **place centrale de la prévention** dans tout système de santé du XXI siècle s'impose.

Si la France reste un pays où le soin est de grande qualité, même si son accès y devient de plus en plus difficile pour une partie de la population, les services de prévention y sont sous-développés.

Les discours sont incisifs mais le changement culturel suffisant ne suit pas suffisamment, ni de la population envers les bons comportements en santé, ni du personnel soignant envers la diffusion de cette prévention, ni des Pouvoirs Publics envers son intégration dans la politique de santé.

C'est pourquoi les cinq institutions partenaires de cette conférence – ANEMF, ISNI, ISNAR-IMG, ReAGJIR, Institut Santé – ont décidé de réfléchir ensemble à des propositions visant à accélérer la diffusion de la prévention dans les études médicales d'une part, et dans les pratiques des futur(e)s jeunes médecins, d'autre part.

AXE 1

RENFORCER LA FORMATION DES JEUNES DANS LA PREVENTION ET LA RECHERCHE EN SANTE PUBLIQUE



Situation

La prévention est peu enseignée dans la formation médicale et dans les formations de santé en général.

Le service sanitaire lancé en 2018 pour les 47 000 étudiant(e)s de santé, en troisième année pour les étudiant(e)s en médecine, est reconnu comme une avancée concrète et importante.

Cependant, il existe une discordance entre les objectifs affichés, d'interprofessionnalité et d'accès à la prévention d'un public ciblé, et la perception qu'en ont les étudiant(e)s, qui doit évoluer.

Des unités d'enseignement optionnelles en lien avec la prévention, comme la santé environnementale, ont été créées et commencent à se développer dans la plupart des facultés de médecine, démontrant la volonté générale, notamment des doyen(ne)s, d'avancer vers une éducation plus large de la santé, que le curatif.

L'hétérogénéité de la formation en prévention entre les facultés de médecine crée une **inégalité entre les étudiant(e)s** sur ce thème de la prévention.

La prévention primaire est quasi absente des cours magistraux dispensée par les Professeur(e)s. Elle est laissée à l'appréciation des collèges d'enseignement, dont certains l'intègrent sérieusement comme en cardiologie ou en endocrinologie (diabète) par exemple, mais dont d'autres l'ignorent.

Les épreuves dématérialisées nationales (EDN), qui conditionnent les conditions d'accès au troisième cycle des études médicales, **comportent très peu de questions sur la prévention**, incitant les étudiant(e)s à s'en détourner dans leur révision et donc à ne pas en faire un sujet important.

L'intégration des patient(e)s dans la formation initiale n'est pas encore concrètement effective, malgré son inscription dans la loi depuis 2019 et les multiples recommandations en ce sens.

Au global, le programme socle des études de médecine est historiquement très chargé d'un enseignement centré sur la médecine curative humaine, la physiopathologie des maladies qui constitue la base incontournable de la médecine.

En l'état, il laisse peu de place à l'inclusion d'autres composantes, comme la prévention dont les supports théoriques manquent.

Les composantes de la prévention (sexualité, addictions, obésité, nutrition, sport santé...) restent des domaines sous-investis en recherche, aussi bien pour concevoir un enseignement de qualité qu'une politique de prévention de qualité.

Objectifs

- Renforcer sensiblement l'enseignement et la qualité des connaissances sur la prévention tout au long du cursus de formation initiale des médecins, sans alourdir le programme.
- Faire en sorte que chaque étudiant(e) ait accès à l'étude des matières liées à la prévention dans leur cursus, sur un plan théorique et pratique.

Propositions

En tenant compte des données épidémiologiques, il serait pertinent de réaliser une revue exhaustive des programmes d'enseignement obligatoires de médecine pour arbitrer ce qui pourrait être supprimé ou rendu optionnel afin d'introduire davantage d'enseignement sur la prévention.

Cet enseignement en prévention devrait être réalisé pour tous lors des deux premiers cycles, en démarrant par les thèmes les plus généralistes pour aller vers les plus techniques. A ce titre, les unités d'enseignement optionnelles dédiées à la prévention devraient être proposées dans toutes les facultés de médecine.

Au cours du premier cycle, renforcer les thèmes généralistes comprenant les fondamentaux du fonctionnement de notre système de santé et terme de gouvernance, de financement et d'organisation à l'aide de comparaisons internationales des modèles de santé.

Pour cela, il faudrait mutualiser ces cours avec les autres étudiant(e)s en santé pendant le premier cycle, sous forme d'une éducation civique à la santé, utile à toutes et tous.

Cet enseignement renforcerait le poids du service sanitaire en troisième année. Tout en conservant ses objectifs d'interprofessionnalité et de réalisation de missions concrètes sur le terrain, il serait utile de laisser libre cours aux étudiant(e)s de choisir leur projet de prévention et de leur faire bénéficier d'un compagnonnage d'un(e) professionnel(le) de la prévention.

Au cours du deuxième cycle, les cours magistraux intégreraient les matières de prévention. Certaines unités d'enseignement dédiées optionnelles pourraient devenir obligatoires, comme la santé environnementale par exemple.

AXE 1

RENFORCER LA FORMATION DES JEUNES DANS LA PREVENTION ET LA RECHERCHE EN SANTE PUBLIQUE



Une part sensiblement plus significative qu'actuellement, de questions en rapport avec la santé publique, pourrait être intégrée chaque année aux épreuves nationales classantes.

La participation des patient(e)s à la formation initiale des médecins, qui existe depuis plusieurs décennies dans d'autres pays, notamment anglo-saxons, deviendrait effective en France tout au long du cursus, avec une présence plus marquée lors de l'internat.

L'affirmation de l'approche partenariale avec les patients dans la formation nécessitera de recruter, de former, d'accompagner un nombre suffisant de patient(e)s expert(e)s formateurs au sein d'un département dédié dans chaque unité de formation et de recherche (UFR).

Une ambition forte de **développement de la recherche en santé publique est indispensable** pour renforcer les supports théoriques de l'enseignement de la prévention et de la réalisation des changements de comportement de la population.

AXE 2

VALORISER LES SPECIALITÉS AU CŒUR DE LA PRÉVENTION



Situation

Dans l'approche holistique de la santé qui s'impose au XXIème siècle, la prévention devrait concerner tou(te)s les soignant(e)s. Il n'empêche que la répartition des rôles entre les soignant(e)s concernant cette prévention n'a pas encore été réellement définie en France.

Au sein même du système universitaire, les spécialités dont la vocation est centrée sur la prévention, sont parmi les plus déconsidérées et dévalorisées en France. C'est le cas entre autres de la médecine du travail, de la médecine scolaire et de la santé publique.

La situation est similaire pour les autres spécialités dédiées à des populations dont la prévention est jugée plus prioritaire que le reste de la population, comme la pédiatrie, la gériatrie, la médecine générale, la cardiologie...

La revalorisation de ces spécialités à plusieurs composantes nécessite un regain d'attractivité dès les études de médecine et une ouverture de terrain de stage bien plus importante qu'elle ne l'est aujourd'hui.

L'état de souffrance d'une spécialité comme la gériatrie contrevient à tout effort d'améliorer le vieillissement en bonne santé des séniors et de prévenir la dépendance des personnes âgées.

Il en est de même pour la Médecine Interne qui induit une approche globale du ou de la patient(e), dans ses dimensions physique, psychique, humaine et sociale.

Plus de 90% des stages de premier et deuxième cycle des études de médecine sont réalisés dans les CHU, sans activité relative à la prévention.

Cette focalisation excessive des stages sur l'hôpital est un des freins majeurs du modèle universitaire français pour sensibiliser et former dans la pratique les étudiant(e)s à la prévention.

Les ouvertures vers les stages en ambulatoires ne sont pas allées jusqu'à intégrer de thématiques relatives à la prévention.

AXE 2

VALORISER LES SPECIALITÉS AU CŒUR DE LA PRÉVENTION



Objectifs

- Rendre les spécialités phares de la prévention en santé attractives pour les étudiant(e)s dès la formation initiale.
- Donner à ces spécialités une réputation équivalente et une image équivalente aux autres spécialités médicales au sein du monde des soignant(e)s et auprès du grand public.

Propositions

Le renforcement des enseignements de prévention pendant tout le cursus universitaire, devrait participer à une meilleure appréciation des spécialités centrées sur cette thématique.

La dégradation de l'état de santé des patient(e)s traité(e)s dans le système de soins devrait être mis en regard de l'affaiblissement des spécialités dédiées à la prévention, qui n'ont pas les moyens de la diffuser, en particulier auprès de la population la plus exposée aux risques de santé.

Le levier le plus fort pour relever sensiblement l'attractivité de ces professions est la création de terrains de stage attractifs dans les spécialités concernées, sur les lieux d'exercice tels que les écoles, les collectivités territoriales et les services de santé en entreprise, entre autres.

Des partenariats avec des institutions publiques et privées reconnues dans la prévention, comme Santé Publique France, pour créer certains terrains de stage dans le domaine seraient utiles.

Le but serait de permettre à tout externe qui le souhaite de réaliser au moins un stage (sur les neuf obligatoires) dans un terrain dédié à la prévention en dehors du secteur hospitalier (CHU et CH).

Pour cela, **la promotion de ce type de stage par les UFR est indispensable**, et pourrait être la première étape avant d'envisager plus tard la création d'une nouvelle catégorie de stages de santé publique, obligatoire pour au moins un stage au cours de l'externat.

AXE 2

VALORISER LES SPECIALITÉS AU CŒUR DE LA PRÉVENTION



La réalisation de ces stages comprendra une véritable acquisition de connaissances en prévention, et pas simplement des tâches administratives ce qui est essentiel pour les rendre attractifs.

Lors des stages de l'internat, autoriser une marge de liberté à l'interne, comme une demi-journée par semaine, pour étendre son terrain de stage à une activité concrète de santé publique. Cela peut-être une présence dans des services PMI (protection maternelle et infantile) lors d'un stage de pédiatrie ou de médecine générale ou encore une participation au programme ICOPE de prévention de la dépendance des personnes âgées lors d'un stage en gériatrie, par exemple.

La revalorisation et le regain d'attractivité de ces professions aux yeux des étudiant(e)s passera inévitablement par une évolution des référentiels des métiers, **accompagnée d'une rémunération adéquate, homogène avec les autres spécialités médicales.**

Il convient de faire de la spécialité « Santé Publique », une spécialité aussi prestigieuse qu'elle ne l'est dans les pays anglo-saxons, par une meilleure valorisation de son enseignement et de ses débouchés.

Impliquer davantage les collectivités territoriales, dont certaines compétences impactent l'état de santé de la population, dans les missions de santé publique.

Le réseau de centres de prévention et de prédiction couvrant chaque territoire de santé, pourrait être piloté par un médecin de santé publique, sous la tutelle d'une collectivité territoriale, et devenir des terrains de stage pour les étudiant(e)s et internes.

AXE 3

INTÉGRER LA PRÉVENTION DANS LES EXERCICES MÉDICAUX



Situation

La faiblesse de l'enseignement des étudiant(e)s de médecine sur la prévention est à mettre en regard de la **trop faible implication des médecins dans les projets de santé publique** dans les territoires.

La forte pression à maximiser le nombre de consultations en cabinets ou centres de santé concentre l'activité des médecins sur la santé individuelle curative, aux dépens de la santé populationnelle plus préventive.

Les déterminants de santé sont distribués selon les études anglo-saxonnes à 40% sur les facteurs économiques et sociaux, à 30% sur les comportements individuels en santé, à 10% sur l'environnement et à 20% sur le système de soins.

Toute politique de santé qui visera à maximiser l'espérance de vie en en bonne santé nécessitera d'impliquer les médecins aussi sur les autres déterminants de santé que le soin.

Le système actuel de santé est **cloisonné entre les professionnel(le)s du soin et de la Santé Publique**. Un médecin du travail ou un médecin scolaire a peu d'opportunités, et est peu incité à interagir avec un médecin généraliste, un psychiatre ou un cardiologue alors que les patient(e)s en consultation sont souvent les mêmes.

La notion de parcours de santé, impliquant la définition des priorités de santé à l'échelle individuelle à chaque étape de la vie, est quasi absente du système de santé actuel.

Les professionnel(le)s de santé sont trop guidé(e)s par des revendications catégorielles, celles des 44 spécialités, des hyper-spécialités, des infirmiers, des kinés... qui éloignent de toute possibilité de construire et piloter des parcours de soins coordonnés.

Outre l'interaction avec les autres médecins, la formation initiale théorique et pratique devrait pleinement familiariser le médecin avec l'interprofessionnalité.

Il en est de même de l'usage des nouvelles technologies pour l'exploitation des données (Health Data Hub, IA). La prévention et la santé publique reposent en partie sur l'usage et l'analyse de données.

Les quatre consultations de prévention prévues, **ne sont basées sur aucune étude scientifique** démontrant un impact sur la santé, ne font l'objet d'aucun programme d'évaluation et sont dotés de moyens insuffisants pour permettre aux médecins de les réaliser (30€ pour 45 mn).

La prévention primaire est la prévention à effet de levier le plus fort pour la santé de la population. Cependant, les autres types de prévention ont leur importance, y compris la prévention quaternaire qui protège le ou la patient(e) ou la population de la surmédicalisation.

AXE 3

INTÉGRER LA PRÉVENTION DANS LES EXERCICES MÉDICAUX

LA CONF' SANTÉ
DES JEUNES MÉDECINS



ISNI+



Objectifs

- Inciter et permettre à chaque médecin, le souhaitant à un moment de sa carrière, **de mener à bien une mission de santé publique** reflétant une approche populationnelle et préventive dans son territoire de santé au sein de son exercice.
- Impliquer les médecins dans la création, la coordination et l'évaluation des parcours de santé.

Propositions

La prévention devrait être officiellement reconnue en France, dès la formation initiale, comme une activité de santé qui concerne toutes les professions de santé (médecins, chirurgien(ne)-dentistes, sage-femmes, pharmacien(ne)s et auxiliaires médicaux) à la même échelle que le soin, et à intégrer dans toutes les disciplines.

Grâce aux nouvelles compétences acquises au cours de la formation initiale en matière de santé publique, de management de projet et de fonctionnement de notre système de santé (en supposant la réalisation des propositions), aussi bien sur un plan théorique que pratique, les médecins, quel que soit leur mode d'exercice, souhaitant consacrer une partie de leur exercice à une approche populationnelle et préventive de la santé, doivent pouvoir le faire.

La valorisation d'une « valence » de santé publique reconnue statutairement et financièrement, intégrant des missions de santé populationnelle et préventive, en médecine générale entre autres spécialités, que le médecin pourrait exercer, partiellement ou totalement, au cours de sa carrière s'il le souhaite, serait une réponse pour diffuser concrètement cette approche.

Pour rendre cela possible, il faudrait rendre accessible des modules de formation continue reconnus et homogènes dans tous les territoires sur cette approche populationnelle de la santé publique.

AXE 3

INTÉGRER LA PRÉVENTION DANS LES EXERCICES MÉDICAUX



A l'échelle d'un territoire de santé, favoriser les possibilités d'interaction entre les professionnel(le)s dédié(e)s à la prévention et à la santé publique en général, avec les professionnel(le)s centré(e)s sur le soin, sur un plan pratique et financier.

La notion de parcours de santé devrait être intégrée dans l'approche préventive à l'échelle territoriale.

Elle permettrait de forger des alliances entre les professionnel(le)s de santé dont certains auraient en charge la conception, la coordination et l'évaluation de ces parcours.

Les terrains de stage proposés aux étudiant(e)s devraient intégrer des projets territoriaux de santé publique, impliquant l'apprentissage de cette approche populationnelle d'une part, et celle du parcours de santé d'autre part.

La formation initiale théorique et pratique devrait permettre à chaque futur(e) médecin d'être pleinement sensibilisée à l'interprofessionnalité, comme à l'usage des nouvelles technologies.

La prévention relève d'un programme d'actions fondé sur des données scientifiques solides. Tout programme doit être évalué et doté de moyens financiers et humains adaptés pour être efficace.

Mieux vaut centrer un budget sur quelques actions fondées scientifiquement et évaluées, que de la disséminer sur une multitude d'actions.

La prévention quaternaire devrait imprégner l'activité du médecin traitant par une interrogation tant sur l'utilité de la prévention primaire que du diagnostic précoce, et sur les risques d'une médecine maximaliste. Pour cela, le médecin favorise la prévention quaternaire en se centrant sur les priorités des patient(e)s et sur les ressources locales.

AXE 4

UNE SANTÉ DES ÉTUDIANT(E)S EN MÉDECINE INTEGRANT PLEINEMENT LA PRÉVENTION



Situation

La santé des étudiant(e)s en médecine s'est nettement dégradée ces dernières années. Près de 30% souffrent de dépression, et un quart déclarent avoir des idées suicidaires. Le non-respect du temps de travail est encore une réalité qui met une forte pression psychique sur les internes.

La mise en place du centre national d'appui en 2019, faisant déjà suite à un constat alarmant de l'état de santé des étudiant(e)s, devenu ensuite centre national d'appui à la qualité de vie des étudiant(e)s, n'a pas suffi à changer la donne.

L'instauration des structures intitulées « la vie étudiante » visant à rassembler le sport, la culture, le social, la santé est une bonne initiative mais qui risque de se briser sur la faiblesse des moyens disponibles, malgré l'existence d'une cotisation chez les étudiant(e)s non boursier(ère)s.

Y compris pour les campus en construction comme celui de Condorcet du Nord-Est parisien, les infrastructures et équipements pour la bonne santé des étudiant(e)s incluant le sport, la nutrition et la culture sont insuffisantes, voire inexistantes.

Cela est d'autant plus **nuisible à la bonne santé des étudiant(e)s** que les universités en santé sont souvent excentrées des centres ville.

L'obligation légale d'un examen de santé pour chaque étudiant(e) au cours du premier cycle est loin d'être respectée, au point qu'un décret en mars 2023 a supprimé cette obligation. De fait les services de santé étudiante ont, au mieux, les moyens de recevoir entre 10 et 20% des étudiant(e)s.

La législation régresse donc concernant la protection de la santé des étudiant(e)s, démontrant la faible volonté politique de relever ce défi.

AXE 4

UNE SANTÉ DES ÉTUDIANT(E)S EN MÉDECINE INTEGRANT PLEINEMENT LA PRÉVENTION



Si des actions sont menées contre la maltraitance, le harcèlement, les violences sexistes et sexuelles, la question de la santé des étudiant(e)s devrait être abordée globalement.

La précarité étudiante aggrave cette situation (52% des étudiant(e)s en médecine déclarent être en difficulté financière en 2023). Cette précarité financière influe également sur leur logement, particulièrement dans les métropoles, et rajoute du temps de transport au temps des études et des stages. Difficultés financières et manque de temps contribuent au renoncement aux soins des étudiant(e)s et participent à la dégradation de leur santé.

Tout accès aux services vitaux de base comme le logement, la nourriture, le sport, la culture devient complexe pour la majorité des étudiant(e)s en santé en France.

Par ailleurs, les tensions hospitalières liées à la charge de travail et au manque chronique de moyens retentissent sur les étudiant(e)s en santé, moins bien encadrés, et peu armés pour supporter cette pression mentale. Au point que des étudiant(e)s en 2ème cycle d'études de médecine font le choix d'arrêter leurs études.

De nombreux internes ne bénéficient d'aucune consultation de la médecine du travail pendant tout leur internat, malgré l'obligation légale de leurs droits de bénéficier de trois consultations.

AXE 4

UNE SANTÉ DES ÉTUDIANT(E)S EN MÉDECINE INTEGRANT PLEINEMENT LA PRÉVENTION



Objectif

- **Faire de la bonne santé des étudiant(e)s en santé un objectif prioritaire** imposé aux universités, à l'aide d'indicateurs officiels pour l'évaluer et d'un cahier des charges à respecter.

Propositions

La création d'un cadre légal qui impose aux universités un cahier des charges pertinent en termes d'infrastructures jugées indispensables, permettrait d'améliorer la vie étudiante : pôles de vie étudiante facilitant l'accès à la santé, au sport, à la culture... et permettrait de lutter contre l'isolement des étudiant(e)s. Ce cahier des charges devrait s'imposer à court terme sur toute construction nouvelle de site et générer une mise à niveau progressive des sites existants.

L'existence et la qualité des infrastructures impliquant le bien-être des étudiant(e)s comme celles pour le sport, la détente, la nutrition et la culture devraient à terme conditionner la capacité des universités à recevoir des étudiant(e)s.

L'organisation du financement des services de santé des étudiant(e)s pourrait reposer notamment sur l'assurance maladie et les ARS sur la base d'objectifs de santé publique spécifiques et permettrait d'organiser un accès aux soins et à la prévention sans avance de frais.

Donner aux services de santé des étudiant(e)s les moyens d'ouvrir des centres de santé étudiant(e)s permettant de construire une réponse complète et cohérente qui tienne compte du besoin de soins et de prévention des étudiant(e)s, d'un suivi par une équipe pluriprofessionnelle et d'un accès à des parcours construits autour de leurs pathologies. Cette structure doit permettre de prendre en charge les publics vulnérables et l'ouverture de droits en santé.

Elle permet également des innovations dans l'implication des étudiant(e)s à la préservation de leur santé, grâce aux dispositifs spécifiques d'étudiant(e)s relais en santé, et à la participation d'étudiant(e)s dans les instances de gouvernance du SSE.

Faire **respecter l'obligation légale des droits des internes** de pouvoir bénéficier de trois consultations médicales par la médecine du travail, obligatoirement en présentiel pour la première, possiblement en téléconsultation si les deux parties l'acceptent pour les deux autres si le présentiel est compliqué à organiser (en particulier en cas de difficultés d'accessibilité physique).

AXE 5

UNE GOUVERNANCE NATIONALE ET LOCALE ADAPTÉE A LA PRÉVENTION



Situation

La France est **dénuée d'une politique de santé politique structurée** par des objectifs à moyen terme et d'un plan stratégique de santé publique.

La répartition des rôles sur la prévention entre l'État, les collectivités territoriales, l'assurance maladie et les assureurs privés n'a pas été réellement formalisée.

Il s'ensuit un système très disparate sur le territoire et de grandes inégalités sociales et territoriales, une incapacité de connaître la responsabilité des différents acteurs et un financement peu lisible.

L'État dispose d'une multitude d'agences nationales traitant directement et indirectement des questions de prévention, dont Santé publique France, le Haut Conseil de santé publique, le Haut conseil de l'avenir de l'assurance maladie et d'autres.

Cette atomisation des forces vives de la réflexion de la politique de santé empêche la mise à disposition d'une vision forte de long terme sur la santé publique et d'une bonne réactivité du système, comme l'a montré la crise Covid. Malgré cette abondance d'agences, **la France dispose d'un faible nombre d'Instituts de santé publique en région.**

Cette défaillance de la gouvernance se traduit aussi par une incapacité de l'État de mener à bien ni des études médico-économiques d'impact des actions de prévention menées a posteriori ni des simulations de l'impact des projets de prévention par les données de santé a priori.

C'est ainsi que la plupart des actions de prévention médicalisées de dépistage et de vaccination ont des résultats très insuffisants pour être efficaces (un taux de dépistage du cancer colo-rectal de 37%, un taux de vaccination contre la grippe de 57%, un taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein de 47%...).

A l'échelle territoriale, il n'existe pas de recensement des moyens de prévention en termes d'infrastructures et de ressources humaines, laissant les soignant(e)s et la population dans une opacité dommageable.

Les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux restent particulièrement cloisonnés contribuant à un fonctionnement en silo des composantes du champ de la santé. Le pilotage reste quant à lui trop descendant avec une politique construite à l'échelle régionale ne reflétant pas forcément les disparités locales diagnostiquées par les acteurs de terrain.

AXE 5

UNE GOUVERNANCE NATIONALE ET LOCALE ADAPTÉE A LA PRÉVENTION



Objectifs

- **Instituer une gouvernance forte de la santé publique sur un plan national et territorial.**
- **Concevoir une stratégie de santé publique à 5 ans** qui soit le support de la politique de santé en France, notamment pour son versant prévention.

Propositions

Instaurer une loi d'orientation et de programmation sanitaire à 5 ans intégrant la stratégie nationale de santé publique, qui serait votée en début de quinquennat du ou de la Président(e) de la République élu(e).

Cette loi contiendrait la stratégie nationale de santé publique, intégrant quatre à cinq objectifs prioritaires à 5 ans, un plan d'actions pour les atteindre et une prévision des dépenses totales de santé à 5 ans (dépenses courantes et d'investissement).

Cette stratégie s'appuierait sur un **diagnostic national actualisé** de l'état de santé de la population, conçu à partir des diagnostics territoriaux de santé élaborés à partir des données de santé de chaque territoire de santé.

Clarifier la structuration de la territorialisation de la santé dans une logique de bottom-up, à travers trois échelons : local, départemental et régional.

Rationaliser la gouvernance nationale en santé publique par une fusion des principales agences dans une seule agence nationale de santé publique.

Renforcer le réseau des instituts de santé publique régionaux de façon à en disposer d'au moins un par région qui garantisse un niveau suffisant de ressources de formation et de recherche en matière de santé publique.

AXE 5

UNE GOUVERNANCE NATIONALE ET LOCALE ADAPTÉE A LA PRÉVENTION



Mettre en place un centre de prévention et prédiction en santé dans chaque territoire de santé, avec une mise en réseau de ces centres à l'échelle régionale.

Ce centre devrait être le centre de coordination d'un réseau d'acteurs intervenant à différents âges de la vie de la population du territoire : PMI, centre de santé sexuelle, centre de santé scolaire, service de santé des étudiant(e)s de l'enseignement supérieur, services de santé au travail...

Concevoir un atlas pour les soignant(e)s et le grand public des capacités en termes d'infrastructures et de ressources humaines dans chaque territoire de santé.

La répartition des responsabilités entre l'État et les collectivités territoriales dans la gestion des déterminants non médicaux de santé tels que l'environnement et les infrastructures, comme évoqué chez les étudiant(e)s à l'université, devrait être clarifiée, probablement en confiant la prévention primaire aux collectivités territoriales.

Pour la prévention collective, les collectivités territoriales devraient disposer d'une véritable compétence et être pleinement impliquées dans le respect du cahier des charges.

Le système de santé français devrait mettre en place un réseau de centres de prévention et de prédiction, intégrant l'usage des nouvelles technologies, qui couvrirait chaque territoire de santé afin de mettre à disposition de chaque citoyen les services essentiels de prévention.

Ce réseau représenterait le centre de gravité de la prévention pour toutes et tous les professionnel(le)s de santé dédiés à la prévention individuelle et collective, contribuant ainsi à décroiser les spécialités.

AXE 6

UN FINANCEMENT DEDIE À LA PRÉVENTION



Situation

Le suivi des dépenses globales de prévention en France n'est réalisé ni de façon régulière ni précise.

Les comptes de santé retracent chaque année la prévention dite « institutionnelle », hors de la consommation de soins et bien médicaux (CSBM). Elle correspond à la prévention financée et organisée par des fonds et des programmes nationaux ou départementaux.

Elle était de 5,5 Mrds€ en 2019, avant le Covid, avant de monter à 18 Mrds€ en 2021 en plein Covid et de redescendre à 5,9 Mrds en 2022, hors dépenses Covid.

Hors Covid, ces dépenses sont financées pour 30% par l'assurance maladie (1,8 Mrd€), 35% par l'État (2 Mrds€), 31% par les entreprises (1,83 Mrd€), 2% par les ménages et 2% par les mutuelles (120 M€).

Les dépenses préventives au sein de la CSBM couvrent les dépenses de prévention réalisées dans les soins de ville, dans les produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) et dans les soins hospitaliers en médecine, chirurgie et obstétrique.

En 2016, ces dépenses ont été estimées à 9,1Mrds€ par la Drees, dont 73% (6,6 Mrds€) remboursées par l'assurance maladie, et en baisse de 1,9 % par an de 2012 à 2016.

Les médicaments représenteraient 42% des dépenses de prévention au sein de la CSBM, soit un peu moins de 4 Mrds€. Les traitements antihypertenseurs et hypolipémiants administrés à des patients ne présentant pas de complications représentent une large majorité des médicaments à usage préventif.

Selon les tendances des dernières années, les dépenses totales de prévention dans le système de santé peuvent être estimées autour de 16 Mrds€ d'euros en 2022 (hors dépenses Covid), dont 37% pour la prévention dite institutionnelle et 63% pour les dépenses préventives incluent dans la CSBM.

Ces dépenses totales de prévention pèsent 5% de la dépense courante de santé en 2022 (1,9% si on prend uniquement les dépenses institutionnelles) contre 5,6% en 2016, montrant que les dépenses de prévention ont progressé moins rapidement que les dépenses de soins ces dernières années, hors dépenses Covid de 2020 à 2022.

Objectif

- Mieux structurer l'évaluation et le suivi annuel des dépenses de prévention, afin de les faire monter en puissance dans les dépenses courantes de santé, pour répondre aux objectifs prioritaires de santé publique fixés par l'État et maîtriser la hausse des dépenses de soins par une baisse de la demande.

Propositions

Planifier les dépenses de prévention dites institutionnelles, individuelles et collectives, à 5 ans pour atteindre les objectifs de santé publique fixés dans la stratégie nationale de santé définie par l'État.

Sur une échéance à définir, il serait souhaitable de faire passer cette dépense de moins de 2% de la dépense courante de santé à près de 5%, notamment grâce à une montée en puissance des montants allouées à la prévention institutionnelle par les mutuelles et les collectivités territoriales.

Les dépenses de prévention intégrées dans la CSBM devraient être isolées des autres dépenses et être suivies chaque année dans les comptes de santé de la Drees.

Elles devraient faire l'objet d'évaluations médico-économiques récurrentes pour en apprécier leur pertinence et les ajuster en fonction des résultats obtenus.

Lorsque cela s'y prête, les nouvelles technologies du numérique et de l'intelligence artificielle devraient être massivement utilisées et diffusées pour optimiser l'accès aux services et leur efficacité.

L'usage de logarithmes d'intelligence artificielle devraient permettre de mieux cibler les groupes de populations à dépister en fonction des facteurs de risque connus, afin d'optimiser l'efficacité des actions de dépistage.

L'usage plus large de scores de risque sur certaines pathologies chroniques comme le diabète et les insuffisances rénales et cardiaques, entre autres, en biologie médicale permettrait de dépister très précocement les risques et d'appliquer des programmes de prévention primaire efficaces, en influant sur les modes de vie des personnes.

Le financement des tests de dépistage génétique reconnus scientifiquement en oncologie et dans d'autres secteurs comme la biologie de la reproduction seraient sources d'économies majeures dans les dépenses de soins.

AXE 6

UN FINANCEMENT DEDIE À LA PRÉVENTION

LA CONF' SANTÉ
DES JEUNES MÉDECINS



A moyen terme, il serait souhaitable que les dépenses totales de prévention se rapprochent des 10% de la dépense courante de santé, créant un nouveau modèle économique de santé vertueux, intégrant la maîtrise des dépenses de soins à partir d'une baisse de la demande de soins.

Des nouveaux dispositifs innovants, comme le compte personnel de prévention, permettant à chaque citoyen(ne) de plus de 16 ans de financer des services et des dispositifs de prévention labélisés par les autorités sanitaires devraient être expérimentés en France.