

Beaucoup de soin, mais peu de santé : l'impératif de la prévention

La prévention n'est toujours pas une ligne directrice de nos politiques de santé. Régulièrement annoncé, le virage préventif est devenu un slogan, sans avoir trouvé à s'incarner dans une stratégie portée au plus haut niveau politique.

Les trois rapporteurs de la mission d'information dressent **un bilan pour le moins décevant de la prévention en santé en France** : si des moyens lui sont consacrés, sa mise en œuvre pâtit d'une **architecture brouillonne** qui dilue les responsabilités et émiette l'action, d'un **modèle financier peu lisible**, globalement inadapté à l'enjeu d'un système plus préventif, et d'une absence de réflexion pour faire évoluer en profondeur son cadre conceptuel, organisationnel et opérationnel.

Or, notre société est confrontée à une véritable **explosion des pathologies évitables chroniques**, dont le coût pèse déraisonnablement sur les finances de l'assurance maladie. Cette situation engendre désormais **un risque sérieux sur la soutenabilité de notre modèle solidaire**.

Alors que la prévention et la promotion de la santé constituent **des solutions viables pour combattre ce fléau épidémiologique à la racine**, notre système demeure toujours trop centré sur le curatif. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la **prévention** comme l'ensemble des **mesures « visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps »**, tandis que la **promotion de la santé** vise à **rendre les individus et les groupes acteurs de leur propre santé** en les dotant des ressources nécessaires à cette fin. Ces deux concepts, complémentaires, sont au cœur de la réflexion développée par les rapporteurs, qui plaident pour une réforme structurelle des politiques de prévention.

Au terme de leurs travaux, les rapporteurs formulent **une série de 29 recommandations** pour favoriser la réorientation de notre système de santé vers un modèle plus préventif et incarner ce qui, de l'aveu même de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), devrait être **« la bataille de la décennie »**.



Les principales recommandations

1. Se doter rapidement d'une nouvelle Stratégie nationale de santé structurée autour des enjeux de prévention. La SNS devra mieux hiérarchiser les priorités d'action et définir des indicateurs précis et en nombre limité pour être évaluée de façon objective et régulière.
2. Se doter d'une grande loi de santé publique plaçant au cœur de ses ambitions la prévention et permettant de définir des orientations pluriannuelles.
3. Se doter d'une coalition des opérateurs de prévention, directement rattachée au Premier ministre, réunissant l'État, l'assurance maladie, les complémentaires santé, les représentants des collectivités territoriales et des professionnels de santé et pouvant être ouverte à d'autres acteurs pour des sujets spécifiques.
Cette coalition serait chargée de piloter la mise en œuvre des politiques de prévention à l'échelle nationale, de définir les conditions de leur déclinaison opérationnelle, pour assurer la gestion du dernier kilomètre avec l'ensemble des acteurs compétents et d'évaluer les politiques de prévention conduites.
4. Viser une génération « prévention » citoyenne à horizon 2040 en investissant fortement dans l'éducation à la santé et la promotion de la santé à l'école dès le premier degré d'enseignement :
 - sanctuariser des « temps de la prévention » dédiés à la promotion de la santé au cours de l'année scolaire et développer la démarche des écoles promotrices de santé ;
 - renforcer la littératie en santé dès le plus jeune âge en intégrant cette démarche dans les enseignements relatifs à l'éducation aux médias et à l'information.
9. Développer une culture de l'évaluation de la prévention :
 - mettre en place un indicateur de suivi de la dépense globale en faveur de la prévention et assurer un suivi annuel associant l'État, l'assurance maladie obligatoire, les complémentaires santé et les collectivités territoriales ;
 - systématiser l'évaluation médico-économique des dispositifs de prévention nationaux pour mesurer le retour sur investissement global et privilégier les actions les plus pertinentes et financer le temps consacré à l'évaluation.

13. Instaurer, à terme, une part minimale de 2 % des primes de complémentaire santé affectée à des actions de prévention dans le cadre du contrat responsable.
14. Généraliser, pour tous les dispositifs de prévention, la prise en charge sans reste à charge ni avance de frais lorsque la prestation est financée conjointement par l'assurance maladie et les complémentaires santé.
15. Exonérer de franchise ou de participation forfaitaire l'ensemble des actes, produits et prestations identifiés comme relevant de la prévention.
18. Reconnaître la profession de médiateur en santé en la dotant d'un statut de niveau législatif et déployer davantage de médiateurs dans les territoires pour développer les actions d'« aller vers ».
19. Reconnaître les complémentaires santé comme des acteurs de prévention à part entière et revenir sur la catégorisation comme frais de gestion de certaines de leurs dépenses en faveur de la prévention.
20. Faire évoluer les conditions d'accès des complémentaires santé aux données de santé à des fins de prévention :
- expérimenter l'exploitation par les complémentaires santé de données personnelles non sensibles à des fins exclusives de prévention ciblée, dans un cadre assorti de mécanismes robustes de gouvernance, de sécurisation et de contrôle ;
 - sans revenir sur l'affectation aux complémentaires santé de la charge de la preuve du non-usage prohibé, clarifier et, pour les seuls traitements de données destinés à la conception ou à l'évaluation de programmes de prévention, alléger les modalités selon lesquelles les complémentaires santé peuvent démontrer que leur usage des données de santé du SNDS s'inscrit dans les modalités autorisées par la loi.
24. Créer un carnet de prévention numérique dans « Mon espace santé » pour proposer un suivi individualisé des comportements de santé, diffuser des informations et des conseils de prévention ciblés.
- Faire obligation aux autres opérateurs (État, Ocam, collectivités territoriales) d'y proposer leurs actions de prévention pertinentes pour faciliter l'accès à des actions de prévention adaptées au profil de chaque individu.

I. Faute de priorisation, la politique de prévention n'obtient que des résultats en demi-teinte

A. Une politique sous-investie qui ne freine ni la croissance des pathologies évitables ni les inégalités de santé

1. Une croissance non contenue des pathologies chroniques évitables

- **L'explosion des maladies chroniques évitables**, qui résulte du vieillissement démographique et de l'exposition persistante à divers facteurs de risque, **n'a pas été suffisamment anticipée.**

En **2023**, **36,9 %** de la population souffrait d'une **pathologie chronique**. Cette proportion pourrait atteindre **43 % en 2035**. En parallèle, 20 % de la population relevait d'une affection de longue durée (ALD) en 2022, proportion qui devrait s'élever à 26 % en 2035.

Ces évolutions résultent de **l'absence de priorisation** des politiques de prévention et, notamment, du **sous-investissement dans la prévention primaire.**

43 %

des Français seront concernés par une **pathologie chronique en 2035.**

Source : Cnam, 2026

Ainsi, **40 % des cancers sont considérés comme évitables** car imputables à divers facteurs de risque. L'impact du **tabac** et de **l'alcool**, dont le coût social a été évalué à **156 et 102 milliards d'euros** par l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), est particulièrement élevé : en 2015, **20 % des cancers étaient causés par le tabac** (68 000 nouveaux cas) et **8 % par l'alcool** (28 000 nouveaux cas)¹.

- La faible portée des actions de prévention **accentue par ailleurs les inégalités de santé et favorise le développement de pathologies évitables.**

Les indicateurs de santé sont marqués par un important gradient socio-économique : les personnes les plus favorisées – au regard du niveau de diplôme ou de revenu – sont ainsi toujours celles qui déclarent le meilleur état de santé.

“

Les employés et les ouvriers ont un risque deux fois plus important que les cadres de développer une pathologie psychiatrique et 1,5 à 2 fois plus élevé de développer un diabète. Les agriculteurs ont un risque 1,2 fois plus élevé de souffrir d'une maladie cardiovasculaire.

Source : Observatoire des inégalités, novembre 2022

- L'impact de ces évolutions sur **les dépenses d'assurance maladie** est **considérable** et pose, à court terme, **la question de leur soutenabilité.**

La prise en charge des pathologies chroniques concentre **62 % des dépenses d'assurance maladie**. Cette proportion augmentera, parallèlement à la hausse de leur prévalence, **réduisant à due concurrence les dépenses dédiées aux autres enjeux de santé.**

¹ Institut national des cancers (INCa), *Panorama des cancers en France en 2025*.

2. Des résultats décevants malgré des moyens en hausse

- L'évaluation des dépenses de prévention demeure **aujourd'hui très imprécise**, aucun indicateur ne permettant d'en retracer l'intégralité.

Si les dépenses de **prévention institutionnelle** s'élevaient à **8,7 milliards d'euros** en 2024, le montant des dépenses de prévention non institutionnelle – soit les actes réalisés à titre individuel par les ménages – **n'a pas été réévalué depuis 2018**. Il s'élevait alors à 9,1 milliards d'euros. Hors dépenses de crise¹, les dépenses de prévention ont augmenté de 48 % en dix ans, passant **de 5,6 milliards d'euros en 2014 à 8,3 milliards d'euros en 2024**.

Pour autant, la **part des dépenses de prévention dans le PIB** demeurerait stable depuis 2011, à **0,26%**².

- **Les moyens consacrés aux stratégies de prévention en santé se traduisent par des résultats décevants.**

En matière de dépistage organisé (DO) des cancers, les taux de participation stagnent sans s'améliorer depuis des années. En 2022, ils s'établissaient à **59,5 % pour le cancer du col de l'utérus, 47,7 % pour le cancer du sein et 35,3 % pour le cancer colorectal** en 2023, contre des objectifs fixés par le Conseil de l'Europe respectivement à 80 %, 70 % et 45 %. Or, **un retard de prise en charge d'un mois augmente le risque de décès d'environ 10 %** selon le type de cancer et le type de traitement.

En matière de **vaccination**, le volontarisme politique a permis **des progrès sensibles**, mais la couverture vaccinale demeure notablement insuffisante dans certaines catégories de la population et certains territoires. Ainsi, la **vaccination antigrippale des professionnels exerçant en établissement de santé atteint à peine 20 %**, tandis que la **déficience vaccinale** demeure élevée aux **Antilles**³.

Plus largement, nombre de **dispositifs à fort potentiel** enregistrent des résultats **médiocres**. Après 20 ans d'existence, le programme de dépistage bucco-dentaire **M'T Dents enregistre un taux de non-recours qui frôle les 50 %**. Quant à « **Mon bilan Prévention** », généralisé en 2024 et destiné à 21 millions d'assurés, il peine manifestement à trouver son public.

“

« **Ce à quoi j'ai consacré ma vie, l'innovation et le care, ne joue que pour 20 % de notre état de santé. Nous y consacrons pourtant 95 % du budget, contre moins de 5 % à la prévention** ».

Source : Jean-François Delfraissy, président du Comité consultatif national d'éthique (CCNE)

¹ Les dépenses liées à la gestion du covid-19 s'élevaient à 400 millions d'euros en 2024.

² La part des dépenses de prévention dans le PIB s'élèverait à 0,63 % en prenant en compte la prévention non institutionnelle.

³ En Martinique, l'adhésion à la vaccination est inférieure de 22 points de pourcentage à celle déclarée en métropole (58,4 % contre 80,1 %), et de 17 points en Guadeloupe (63,2 %).

8,7 Mds €

C'est le montant des **dépenses de prévention institutionnelle** en 2024.

Source : Drees, 2025

B. Une gouvernance lacunaire source d'inefficience

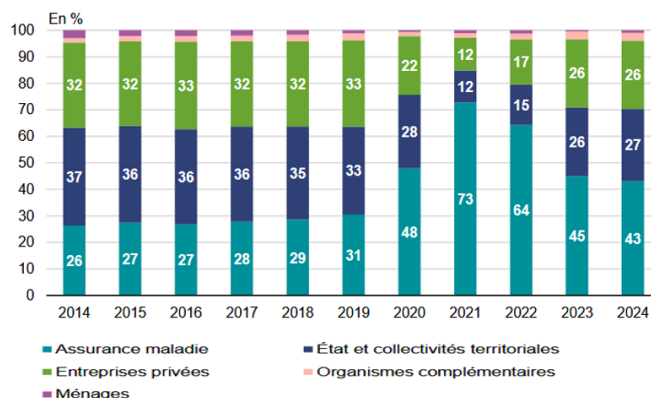
1. Une grande diversité d'acteurs, qui devrait constituer une richesse

L'écosystème de la prévention fait intervenir de nombreux acteurs, publics ou privés, dotés d'avantages comparatifs propres et présentant un fort potentiel de complémentarité.

- L'État, l'assurance maladie et les agences sanitaires demeurent le triptyque institutionnel structurant de la politique de prévention.

L'État, chargé de proposer une vision stratégique, définit les grandes orientations dans le cadre de la Stratégie nationale de santé (SNS) et pilote les actions de prévention nationale. L'assurance maladie, forte de son assise institutionnelle et de ses moyens opérationnels pour s'adresser au plus grand nombre, est à la fois le principal financeur de ces actions et la courroie de transmission privilégiée pour informer et inviter les assurés à y participer.

Répartition des dépenses de prévention institutionnelle



- Autour de ce noyau institutionnel gravitent d'autres acteurs, désireux de prendre part au « virage préventif ».

Les complémentaires santé complètent le remboursement de l'assurance maladie et initient des actions de prévention, souvent innovantes, de leur propre chef. Elles disposent d'une proximité particulière avec leurs adhérents, gage de fluidité dans la gestion cruciale du « dernier kilomètre », qui facilite la mise en œuvre de la prévention dans l'environnement professionnel grâce aux contrats collectifs.

Les collectivités territoriales ont une connaissance aiguë des besoins locaux et des caractéristiques socio-économiques et environnementales de leur territoire, précieuse pour agir sur les déterminants de santé spécifiques à chaque subdivision géographique. Elles sont également chargées du financement de la protection maternelle et infantile et de l'animation de centres de soins préventifs.

1,1 Md€

C'est le montant investi par les collectivités territoriales en faveur de la prévention en 2023.

Source : Drees

Les associations développent une approche fondée sur la confiance et la proximité, qui favorise l'adhésion des publics les plus fragiles aux actions qu'elles conduisent, notamment dans le champ de la santé mentale et de la lutte contre les addictions.

2. Une gouvernance qui ne valorise pas les apports des acteurs mais contribue à la dispersion et à la superposition des actions conduites

- La richesse que pourrait constituer cette pluralité d'approches et de formats d'intervention demeure aujourd'hui largement inexploitée, du fait d'une gouvernance excessivement verticale et centralisée.

La conception et la définition des politiques de prévention restent en effet concentrées autour du ministère de la santé : les autres ministères comme celui de l'éducation nationale ou de l'aménagement du territoire y interviennent peu, tandis que les autres acteurs de prévention n'y sont, dans les faits, pratiquement pas associés.

Par conséquent, **chaque acteur travaille en silo** : au lieu de se compléter, les initiatives **se juxtaposent, voire se superposent**. En plus de minorer les apports des différents acteurs, notamment dans la **gestion du dernier kilomètre**, le manque de coordination peut **détériorer la lisibilité des actions proposées**, voire saper la confiance dans la politique conduite, du fait de propositions d'actions redondantes ou non pertinentes, comme un dépistage à un assuré déjà diagnostiqué.

Trop verticales, les modalités actuelles de gouvernance **ne permettent pas de valoriser les retours de terrain** et **limitent la diffusion des expérimentations** locales pourtant prometteuses. Faute de cadre de concertation, l'État et l'assurance maladie ne peuvent enrichir les dispositifs qu'ils portent en s'inspirant des résultats concluants de programmes portés par d'autres acteurs.

Plus préoccupant encore, la gouvernance **ne garantit aujourd'hui plus l'ambition des politiques menées** : alors que l'on reste, mi-2026, toujours **en attente de la publication de la SNS 2023-2033**, la prévention se voit **dépourvue de priorités claires**, et les mesures présentées par le Gouvernement, PLFSS après PLFSS, **s'apparentent davantage à des rustines qu'à un corpus de mesures cohérentes traduisant une vision stratégique établie**. Cela laisse à penser que l'État et l'assurance maladie ne sont plus en mesure, **financièrement mais aussi idéologiquement**, de **porter seuls la politique de prévention**.

3 ans

Retard pris, à date, dans la **publication de la SNS**.

3. Un modèle de financement illisible

- Le modèle de financement de la prévention apparaît **illisible** pour les **assurés**, **peu incitatif** pour les **professionnels** de santé, et **insécurisant** pour les **porteurs de projets**.

D'une part, il n'existe **aucune doctrine de prise en charge** des actes de prévention par l'assurance maladie. Certaines actions, comme les DO des cancers, bénéficient d'un **remboursement à 100 %** par l'assurance maladie, mais ce régime **ne s'applique pas à toutes les prestations**. Ainsi, alors que **certains vaccins recommandés** comme celui contre la **grippe saisonnière** sont intégralement pris en charge, un **ticket modérateur** frappe le vaccin contre la **diphtérie**, le tétanos et la poliomyélite, pourtant **obligatoire**. Même pour les actions faisant l'objet d'une prise en charge dérogatoire, l'application des **participations forfaitaires et des franchises** fait encourir un reste à charge à l'assuré, **neutralisant les efforts d'accessibilité financière mis en œuvre**.



Les modalités de financement ne sont **guère plus vertueuses pour les porteurs** d'initiatives. Ces derniers demeurent **largement dépendants d'appels à projets**, souvent annuels, chronophages, et laissant planer une **incertitude constante quant à la reconduction des financements** pour les actions engagées. Une telle approche favorise le **saupoudrage des crédits**. Elle apparaît, en outre, peu adaptée à la prévention, dont les effets ne peuvent être observés qu'**à moyen ou long terme**, et dont l'efficacité nécessite la stabilité des équipes, des dispositifs et des partenariats territoriaux.

Enfin, la **tarification à l'acte** est conçue pour valoriser une intervention ponctuelle, identifiable et quantifiable. Elle est donc **prioritairement adaptée aux soins curatifs**, au détriment des actions de prévention, dont les tarifs sont, du reste, peu attractifs. La mise en œuvre du forfait médecin traitant ou d'une expérimentation substituant au paiement à l'acte un versement forfaitaire par patient, dans certaines maisons de santé, démontre une **prise de conscience autour de cet enjeu**, qu'il est désormais nécessaire de consolider.

II. Rendre la prévention plus accessible pour favoriser l'adhésion des usagers et lutter contre les inégalités de santé

A. Mobiliser les usagers grâce à une prévention personnalisée et de proximité

1. Susciter l'adhésion par la personnalisation des actions

Les dispositifs de prévention à vocation universelle présentent **des limites persistantes en termes d'adhésion des usagers** car ils ne s'accompagnent pas d'un ciblage des publics les plus à risque, ni d'un suivi de proximité, deux conditions nécessaires à la réussite des actions de prévention. Ces programmes – DO des cancers, rendez-vous de prévention... – pâtissent donc d'**une matrice coût-bénéfice peu satisfaisante**.

À cet égard, les démarches **d'aller vers** doivent être davantage **systematisées** (équipes mobiles, médico-bus, consultations avancées) car elles permettent de **capter des usagers éloignés du soin**, adhérant peu aux actions de prévention. Le **programme Sophia** de l'assurance maladie, qui repose sur un accompagnement personnalisé des personnes souffrant de pathologies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque, maladie rénale, BPCO, maladie coronarienne) a par exemple démontré des **résultats probants**.

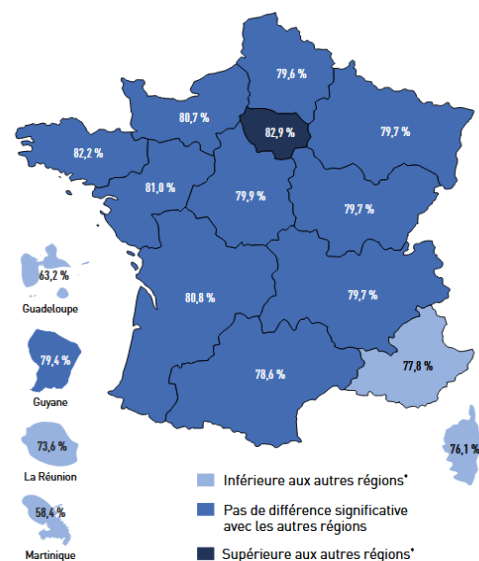
De même, le recours à des **médiateurs en santé** et à une **approche communautaire** mériterait d'être **approfondi**.

Plus largement, la prise en compte de la **dimension culturelle de la santé** peut être gage d'une plus grande efficacité des actions de prévention en renforçant **leur acceptabilité sociale**. Les rapporteurs recommandent de mieux l'intégrer dans la conception des actions de prévention, notamment dans les territoires ultra-marins, « *marqués par une pluralité d'identités, de langues et de représentations des soins. Les campagnes doivent donc être élaborées dans une logique de co-construction avec les acteurs locaux (associations, collectivités territoriales, médias régionaux)* »¹.

L'association Aides plaide également pour « *des campagnes d'information accessibles, multilingues, visuelles, simples [...] et portées par des personnes de confiance ou issues des communautés concernées* » pour accroître la participation aux dépistages des IST.

Par ailleurs, les rapporteurs préconisent de **remédier au défaut d'articulation** des différents dispositifs de prévention, qui devraient être pensés comme **un continuum de prévention personnalisée** accompagnant les usagers **tout au long de leur parcours de vie** plutôt que comme des rendez-vous périodiques. Ce continuum de prévention permettrait de **garder un lien continu avec l'usager, reposant sur le levier numérique** et organisé autour de grandes étapes de vie (enfance, adolescence, maternité, entrée dans la vie professionnelle, etc.).

Taux d'adhésion à la vaccination en population adulte, 2024



¹ Conseil économique, social et environnemental, *La santé en outre-mer*, janvier 2026.

2. S'appuyer sur le numérique en santé

- **Les données de santé**, disponibles en masse grâce à la révolution du numérique, constituent un levier puissant pour renforcer l'efficacité des politiques de prévention.

D'une part, la base de données de l'assurance maladie (le SNDS¹) doit être mise à profit pour **mieux cibler les assurés les plus à risques de développer certaines maladies**. Pour aller plus loin, l'utilisation de données de santé structurées pourrait permettre d'engager **une personnalisation des stratégies de dépistage** en s'adaptant au risque individuel de chaque patient, pour **améliorer l'efficacité du dépistage** et **éviter des dépenses de santé inutiles**. Les résultats de l'étude *MyPeBS*² pourraient ainsi justifier de réviser les modalités de dépistage du cancer du sein, en ciblant mieux les patientes.

D'autre part, l'exploitation de données de santé couplée à des algorithmes sophistiqués permet désormais **de modéliser l'évolution de la maladie d'un patient, voire de prédire son apparition grâce à des scores de risque reposant sur des statistiques de probabilités** (cancers, maladies neurodégénératives, etc.).

- **L'usage des données de santé doit toutefois être mieux valorisé à des fins de prévention**. Avec le *Health Data Hub*, la France dispose d'un riche patrimoine de données à exploiter pour déployer des politiques ciblées et personnalisées. Les obstacles juridiques ayant freiné sa pleine utilisation sont désormais en passe d'être levés.
- **Les rapporteurs soutiennent en priorité l'achèvement de la mise en œuvre de « Mon espace santé » (MES), qui pourrait être un vecteur essentiel de prévention**.

Cela suppose, d'abord, de le rendre accessible à tous les usagers. Or, sa montée en charge reste lente. Quatre ans après la création de l'outil, plus de la moitié des assurés du régime général n'ont toujours pas activé leur compte³. Cela nécessite aussi de développer les fonctionnalités de l'outil. Actuellement, **les messages de prévention relayés sur MES souffrent d'un degré de personnalisation très insuffisant** : des données importantes ne sont pas exploitées (antécédents de soins, territoire de résidence, etc.) et nombre d'informations sont relayées sans ciblage particulier ni adaptation du contenu.

“ Les opérateurs de prévention doivent « jouer un rôle de passerelle entre l'outil numérique et les actions de terrain, pour garantir que la prévention digitale ne reste pas théorique, mais s'ancre dans des parcours réels accompagnés, et accessibles à tous ».

Source : Fédération française de cardiologie

Les rapporteurs recommandent de faire de la création d'un carnet de prévention numérique une priorité d'action et proposent que MES puisse relayer des actions de prévention locales, renseignées par les acteurs qui les portent (collectivités territoriales, associations, complémentaires santé...), en tenant compte du lieu de résidence de l'utilisateur.

Enfin, **l'amélioration de la littératie en santé**⁴, gage d'une accessibilité renforcée à l'information et aux services de santé, est un axe de travail encore **peu investi par les autorités de santé** alors

¹ Le Système national des données de santé est la base de données médico-administratives de l'assurance maladie.

² *My Personal Breast Cancer Screening* (étude clinique internationale sur le cancer du sein).

³ 27 millions de comptes ont été activés sur 65 millions d'assurés sociaux du régime général d'assurance maladie.

⁴ La littératie en santé désigne la capacité des individus à rechercher, à accéder, à comprendre et à ré-utiliser des informations afin de les utiliser pour agir sur leur propre santé.

qu'elle est jugée insuffisante pour 44 % de la population. Là encore, le levier numérique doit être mis au service de cette littérature.

B. Démultiplier les relais de prévention pour l'inscrire dans la cité

1. Diversifier les espaces de prévention

Les rapporteurs soutiennent la nécessité de **faire de la prévention un projet social et citoyen**, en l'inscrivant dans les espaces du quotidien.

- Parmi ces espaces, **l'école** est appelée à jouer un rôle essentiel, pour bâtir **une première génération prévention à l'horizon 2040**.

Pourtant, force est de constater que **l'institution scolaire peine à assumer la mission de promotion de la santé que lui confie la loi**. Non seulement les services de santé scolaire sont dans un **état de délabrement sérieux**, mais les enseignements censés favoriser l'éducation à la santé sont aussi **très imparfaitement assurés**.

Les rapporteurs soutiennent l'organisation de « temps de la prévention » tout au long de l'année, notamment dans le cadre des écoles promotrices de santé. Pour appuyer l'éducation nationale dans sa mission de promotion de la santé, l'intervention d'associations agréées doit être favorisée, de même que celles d'étudiants en santé réalisant leur service sanitaire.

- **L'entreprise** est un autre terrain incontournable de mise en œuvre des politiques de prévention et de promotion de la santé.

D'une part, **les actions de prévention portées par l'assurance maladie** – campagnes de vaccination, DO, etc. – **doivent s'y déployer de façon plus active**, grâce à de nouveaux **partenariats de la Cnam avec les branches professionnelles**, par-delà les seuls enjeux directement liés aux risques professionnels. D'autre part, **la place des Ocam doit y être substantiellement renforcée**, en articulation avec les priorités définies par l'assurance maladie, compte tenu des **atouts spécifiques qui sont les leurs** : capacité à cibler et à communiquer du fait de la proximité qu'ils entretiennent avec les adhérents ; personnalisation des programmes de prévention en fonction des caractéristiques des adhérents (âge, sexe, secteur d'activité, catégorie socioprofessionnelle).

- Enfin, **les 2 965 hôpitaux et cliniques** du territoire présentent **une force de frappe extraordinaire** pour faire progresser la prévention.

Les établissements de santé peuvent être les principaux acteurs d'une démarche *Making Every Contact Count* (MECC), pratiquée en routine dans les hôpitaux du Royaume-Uni, qui utilise chaque occasion de rencontre entre un professionnel de santé et un patient pour échanger sur ses habitudes de vie et comportements liés à la santé. **Les rapporteurs saluent les initiatives locales**, nombreuses, mais constatent qu'**en l'absence de financement reposant sur un modèle pérenne construit avec les fédérations**, le risque de **voir les bonnes volontés s'émousser** est sérieux.

- Enfin, les rapporteurs encouragent l'éclosion de partenariats entre les collectivités territoriales et les acteurs associatifs pour créer de nouveaux **tiers-lieux de prévention** et ainsi, contribuer au dernier kilomètre de l'action publique.

25 %

C'est la part d'**établissements scolaires** qui indique n'avoir **jamais mis en œuvre l'éducation à la vie sexuelle et affective**.

Source : CESE, 2024

2. Augmenter le nombre des opérateurs de prévention

Plusieurs freins brident aujourd'hui l'implication des professionnels de santé dans la prévention : formation superficielle aux enjeux de la prévention et aux méthodes d'intervention probantes, faible valorisation financière des actes, manque de structuration des parcours de prévention en amont des parcours de soins.

Ces freins doivent être levés, mais les rapporteurs préconisent plus largement de **faire grandir la communauté des opérateurs de prévention en « démocratisant » les compétences de prévention**. Un tel projet suppose d'impliquer l'ensemble de la société civile au-delà des professionnels de santé et du système de soins *stricto sensu*.

- En premier lieu, **les services de protection maternelle et infantile (PMI) et de santé scolaire doivent être des piliers de la prévention. Or, leur situation apparaît profondément fragilisée.**

Depuis plus de dix ans, ces deux services publics connaissent une **diminution de leurs effectifs**, particulièrement marquée pour la santé scolaire.

S'agissant de la PMI, l'agrément et le contrôle des structures d'accueil des enfants de moins de 6 ans accaparent toujours plus de temps, au détriment des consultations et visites à domicile et, notamment, de l'examen de dépistage à 3-4 ans. De même, **les missions confiées à la santé scolaire excèdent largement ce que peuvent assurer les effectifs disponibles**. Seuls 20 % des élèves bénéficient aujourd'hui de la visite médicale de la 6^e année, qui devrait être **systematique**.

20 %

C'est la part des élèves qui bénéficient **de la visite médicale de la 6^e année**.

Source : Gouvernement

Les mesures annoncées en clôture des assises de la santé scolaire ne sont pas à la hauteur des enjeux. Les rapporteurs recommandent de définir **un plan de soutien ambitieux à la PMI** et de déployer rapidement des **mesures en faveur de l'attractivité de la santé scolaire**.

- En deuxième lieu, **l'adaptation de nos modèles d'intervention** en prévention exige **une reconnaissance de nouveaux métiers de la prévention**.

À cet égard, les **médiateurs en santé**, acteurs clés de l'aller vers, pâtissent de l'absence de reconnaissance statutaire de leur profession. Bien que l'État et les ARS recourent à leurs compétences depuis plus de vingt ans, **la loi ne reconnaît que la médiation en santé, pas la profession de médiateur**. Le financement des postes existants repose souvent sur des dispositifs non pérennes et éclatés. Les rapporteurs préconisent donc de **consacrer la profession au niveau législatif**.

“

Selon le Haut Conseil de la santé publique, « **les métiers de la prévention sont mal perçus, peu visibles, mal reconnus par les pouvoirs publics, notamment par les autorités sanitaires et par le public** ».

Source : HCSP, Avis relatif à la place des offreurs de soins dans la prévention, 2018

III. Rénover la gouvernance des politiques de prévention : un impératif d'efficacité et de soutenabilité budgétaire

A. Instaurer les conditions d'un pilotage collectif et unifié au niveau national

1. Identifier rapidement des priorités et se doter d'une vision pluriannuelle

Alors que tous les acteurs s'accordent sur la nécessité de **réorienter notre système de santé vers la prévention**, il est **incompréhensible que le principal document de pilotage stratégique censé fixer ce cap, la SNS, fasse toujours défaut**. La **publication rapide d'une SNS structurée autour des enjeux de prévention et hiérarchisant les priorités d'action** est donc indispensable.

Celle-ci doit être **le point de départ, et non l'aboutissement**, d'une refondation ambitieuse de la politique de prévention, marquée par une **nouvelle grande loi de santé publique**, sur le modèle de celle de 2004, permettant de définir des **orientations pluriannuelles**.

2. Refondre les conditions de gouvernance de la politique de prévention autour d'une approche ascendante, partenariale et ouverte

Les acteurs auditionnés s'accordent, dans leur grande majorité, sur **les carences de la gouvernance actuelle en matière de prévention** et appellent à la réformer.



La politique de prévention « **manque cruellement d'une gouvernance institutionnelle à la hauteur des enjeux** ».

Source : ARS Bretagne

- Les rapporteurs ont identifié six piliers autour desquels structurer la nouvelle gouvernance de la politique de prévention :

- une **gouvernance ouverte aux principaux acteurs de la prévention** ;
- une **approche hiérarchisée autour de grandes priorités** coconstruites avec les parties à la gouvernance ;
- une **approche partenariale**, fondée sur la confiance et la complémentarité entre les acteurs ;
- une **approche ascendante** valorisant les retours de terrain et les expérimentations concluantes des différents acteurs ;
- une **approche par spécialisation** permettant d'utiliser au mieux les spécificités de chaque acteur et de faire obstacle à la redondance des actions ;
- une **approche centrée sur la gestion du dernier kilomètre**, afin d'amener activement le plus grand nombre à s'inscrire dans un parcours de prévention.

Pour **donner corps** à cette nouvelle gouvernance, les rapporteurs préconisent de constituer une **coalition des opérateurs de prévention** rassemblant ses principaux acteurs : l'assurance maladie, l'administration centrale, mais aussi les assureurs complémentaires, des représentants des collectivités territoriales et des professionnels de santé.



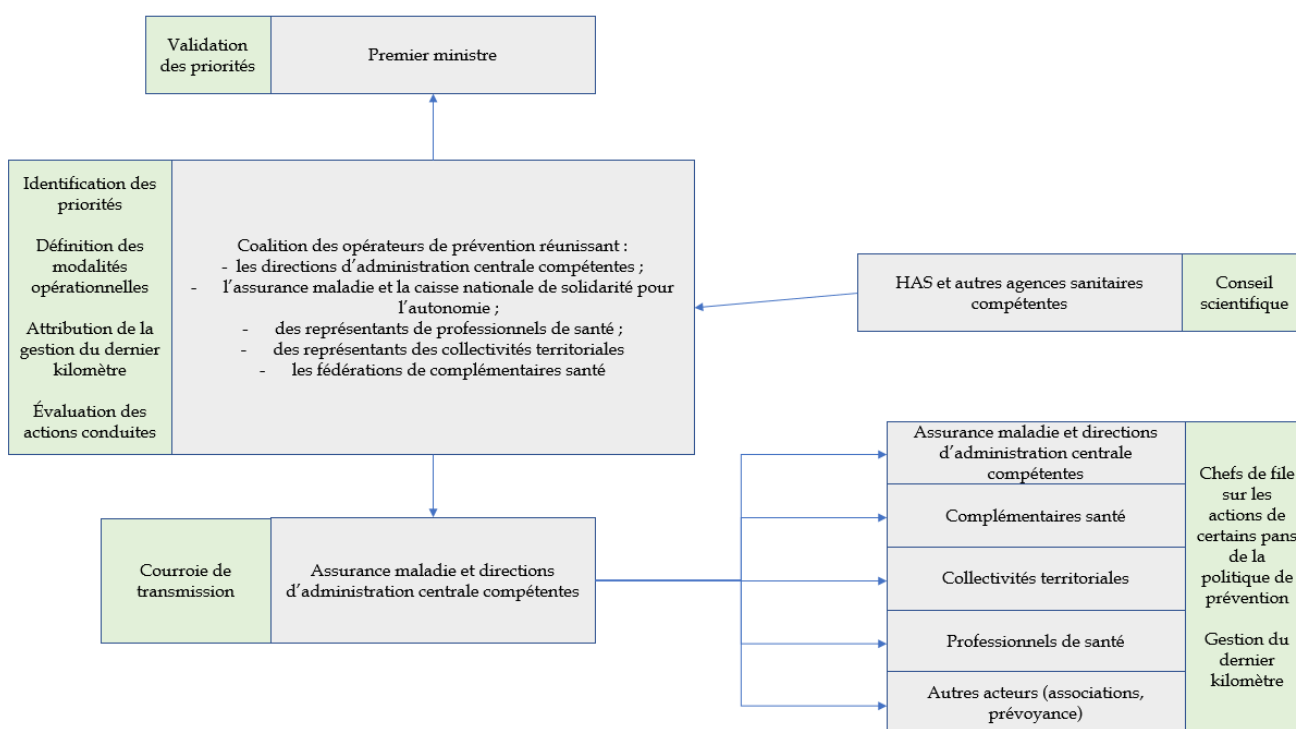
Cette coalition, conçue comme une **instance de dialogue et non comme une agence**, se verrait confier une **triple mission**.

Assistée par des autorités scientifiques, il lui reviendrait de **participer à la construction des priorités nationales en matière de prévention, d'élaborer les actions et de définir leur mode de financement**. Cette gouvernance garantirait une conception **partagée et ascendante** des orientations, tout en préservant l'attribution du pouvoir décisionnel final à l'État, chargé d'entériner les préconisations.

Afin **d'éviter la superposition et la dispersion des actions**, cette coalition serait également chargée de concevoir les **modalités de déclinaison opérationnelle des priorités identifiées**, en désignant des « **chefs de file** » thématiques en fonction des spécificités de chaque catégorie d'acteurs et en faisant de la **gestion du dernier kilomètre une priorité**. À titre d'exemple, les complémentaires santé, particulièrement investies dans le financement des soins dentaires, pourraient être désignées chef de file pour la prévention bucco-dentaire, tandis que les collectivités, qui gèrent de nombreux centres de santé sexuelle, pourraient piloter les actions conduites dans ce champ. La Cnam et la DGS assureraient la gestion opérationnelle et la coordination entre les différents chefs de file.

Enfin, la coalition des opérateurs de prévention serait chargée de **procéder à l'évaluation in itinere et ex post des politiques conduites**, afin de les faire évoluer sur la base des retours de terrain et des bonnes pratiques remontées par les acteurs.

Fonctionnement schématique de la gouvernance proposée par les rapporteurs



Source : Commission des affaires sociales du Sénat

La coalition serait **rattachée directement au Premier ministre**, dans un double objectif de **priorisation politique et de transversalité**.

Les rapporteurs se sont aussi attachés à **penser la place des complémentaires santé dans l'écosystème préventif**. Leur implication constitue un levier stratégique d'ampleur : outre les **moyens complémentaires qu'elles peuvent mobiliser au service d'une ambition préventive renouvelée**, les complémentaires santé peuvent mettre à contribution leur

proximité avec leurs adhérents pour déployer des actions ciblées et **amener les assurés à participer effectivement aux actions proposées.**

Volontaires et engagées dans le virage préventif, leurs initiatives sont toutefois bridées par **l'absence de reconnaissance législative** de leur rôle en matière de prévention, que le Parlement doit pallier, ainsi que par une **catégorisation impropre** de certaines de leurs dépenses de prévention comme des frais de gestion, à laquelle il appartient au Gouvernement de mettre fin.

Renforcer la possibilité pour les complémentaires de **traiter des données de santé** pour concevoir ou évaluer des programmes de prévention offrirait des perspectives prometteuses pour leur permettre de proposer à leurs adhérents des **offres mieux ciblées, mieux calibrées, et donc plus efficaces.** Pour autant, s'il est déjà proscrit aux complémentaires santé de moduler leurs tarifs en fonction de l'état de santé du patient dans le cadre, très majoritaire, du contrat solidaire, le risque d'un **détournement plus diffus** avec une sélection indirecte des profils **ne saurait être ignoré.** Par conséquent, la prudence commande d'écartier **une ouverture non modulée** de cette possibilité. Dans un premier temps, les rapporteurs recommandent **d'expérimenter** l'exploitation par ces organismes de **données de santé non-sensibles**, à des fins exclusives de **prévention ciblée** – et non personnalisée. Ce dispositif devrait être assorti de **mécanismes robustes de sécurisation et de contrôle.**



Dans le **prolongement logique des nouvelles responsabilités qui leur seraient reconnues**, les rapporteurs souhaitent qu'elles **renforcent leur investissement en matière de prévention**, en y consacrant *a minima* **2 % des primes qu'elles collectent.**

3. Refondre le modèle de financement de la prévention, aussi bien pour les porteurs de projets et pour les assurés que pour les professionnels de santé

- Les modalités de valorisation des interventions préventives réalisées en ville ou en établissement **se heurtent aujourd'hui à une triple fragilité** : de nombreuses actions de prévention sont **invisibilisées dans les nomenclatures existantes**, d'autres ne sont **pas adaptées à une tarification à l'activité**, tandis que celles qui le sont **apparaissent structurellement sous-valorisées.**

Les rapporteurs défendent le **renforcement des modes de rémunération alternatifs** déjà introduits pour les médecins libéraux, à l'image du forfait médecin traitant, et **leur extension à d'autres catégories de professionnels de santé** également impliqués dans la prévention.

Lorsqu'un tel mode de rémunération est pertinent, les rapporteurs soutiennent une évolution vers **une logique de financement forfaitaire au parcours**, permettant une valorisation globale d'actions s'inscrivant dans la durée, dans les établissements de santé et dans les structures d'exercice coordonné.

Enfin, les rapporteurs préconisent de **revaloriser la tarification des actes de prévention.** Elles jugent en effet **orthogonal aux objectifs politiques fixés** que la rémunération horaire d'une consultation de **médecine générale soit deux à trois fois plus élevée que la réalisation d'un rendez-vous de prévention** par un généraliste.

× 2 à × 3

Rémunération horaire d'une **consultation de médecine générale** par rapport à un **rendez-vous de prévention.**

- Face aux **limites du financement par appels à projets** annuels, les financeurs doivent **faire évoluer leur approche** pour offrir **davantage de stabilité** aux porteurs de projets.

Le financement de la prévention pourrait d'abord **reposer plus largement sur des appels à projets pourvus de financements pluriannuels**, afin de permettre aux promoteurs d'initiatives de **mieux ancrer les actions qu'ils défendent**, surtout lorsque celles-ci **supposent des changements de comportements ou une implantation de terrain particulière**.

Il serait également opportun d'**envisager de nouvelles modalités de financement** adaptées aux actions qui **ont démontré leur pertinence**. Le modèle actuel mène trop souvent à ce que des **actions efficaces et implantées soient mises à l'arrêt, faute de financement pour les poursuivre, au profit d'actions perçues comme plus innovantes**.

- Faute d'harmonisation des conditions de prise en charge, il existe un **risque majeur de renoncement** aux actions de prévention, particulièrement chez les **populations les plus précaires, à rebours de l'objectif fixé** de toucher un public aussi large que possible.

Les rapporteurs défendent donc **l'instauration d'une doctrine de « reste à charge perçu zéro »**, consistant à garantir aux assurés que les actions de prévention auxquelles ils sont éligibles n'occasionneront pour eux aucun frais, quelle que soit l'identité des financeurs. Cette ambition ne suppose pas une généralisation de la prise en charge intégrale par l'assurance maladie, mais plutôt une **internalisation de la complexité du financement** afin de la rendre invisible pour l'utilisateur. Sur le modèle du dispositif M'T Dents, l'ensemble des actions de prévention cofinancées devraient alors faire l'objet d'une **solvabilisation complète sans avance de frais** pour tous les patients, y compris ceux ne disposant pas d'une couverture complémentaire, en cumulant l'action de l'assurance maladie et des Ocam.

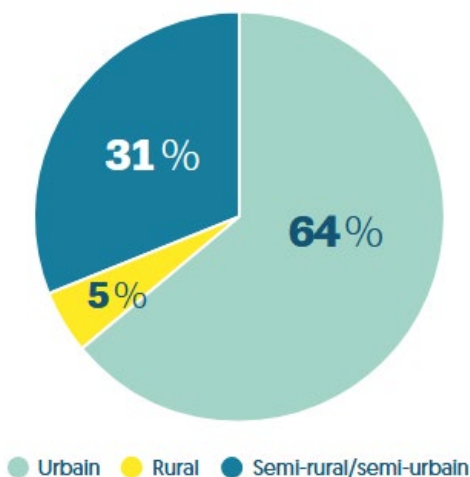
Afin d'aboutir à ce « reste à charge perçu zéro », les rapporteurs préconisent **d'écarter l'application des participations forfaitaires et franchises** sur les actes identifiés comme relevant de la prévention. En effet, frapper de ces « forfaits de responsabilité » les actes de prévention apparaît **antinomique**, dans la mesure où ces derniers relèvent par essence d'une **démarche individuelle et collective de responsabilité sanitaire**.

B. Renforcer l'ancrage territorial des politiques de prévention

1. Une gouvernance territoriale à consolider pour favoriser la cohérence de l'action

- **Les ARS** ont un rôle à jouer dans la **territorialisation des politiques de prévention**, mais leur échelle d'action est **trop vaste** et leur modèle d'intervention parfois **trop descendant**.

Territoires couverts par les CLSM



Si elles disposent d'outils pour mettre en œuvre, à l'échelle régionale, la politique nationale de santé et prendre en compte les caractéristiques du territoire, la planification qu'organisent les ARS répond encore à une logique descendante et s'inscrit dans un territoire trop vaste pour construire des réponses de proximité.

À cet égard, **la dynamique des contrats locaux de santé (CLS) et des contrats locaux de santé mentale (CLSM), outils privilégiés du partenariat local de santé entre les services de l'État et les élus, mérite d'être soutenue** et leur animation renforcée.

Par ailleurs, la prévention devrait être plus clairement affichée comme une priorité d'action des ARS.

2. Le territoire, espace privilégié de mise en œuvre de l'approche « One Health »

- **La transversalité des compétences des collectivités territoriales constitue un atout pour mettre en œuvre une approche « One Health » au niveau local.**

Elle permet de bâtir un *continuum* de prévention efficace fondé sur la complémentarité de différentes politiques publiques, de l'urbanisme au logement, des transports à la restauration scolaire. Cette approche doit devenir un marqueur de l'action des collectivités.

Le club « Collectivités et prévention des cancers », créé par l'INCa, a ainsi été conçu comme un programme d'accompagnement opérationnel pour soutenir l'émergence d'initiatives locales en faveur de la promotion de la santé, les collectivités ayant une capacité à agir sur des déterminants essentiels de santé, en créant des environnements favorables et en luttant contre l'exposition quotidienne à certains facteurs de risque.

Si la commune et le département disposent d'attributions plus affirmées, toutes les collectivités territoriales sont compétentes pour agir dans le champ sanitaire.

POUR EN SAVOIR PLUS

Voir la [page internet](#) de la mission d'information



Philippe MOUILLER
Président
Deux-Sèvres
Les Républicains



Marie-Do AESCHLIMANN
Rapporteuse
Hauts-de-Seine
Les Républicains



Marion CANALÈS
Rapporteuse
Puy-de-Dôme
Socialiste, Écologiste et
Républicain



Nadia SOLLOGOUB
Rapporteur
Nièvre
Union Centriste

✉ contact.sociales@senat.fr

☎ 01.42.34.31.34

🌐 www.senat.fr

