

regards

PROTECTION SOCIALE

N°61
MAI
2023

DOSSIER CENTRAL
**PRÉVENTION ET
PROTECTION SOCIALE**

The logo for en3s features the lowercase letters 'en3s' in a bold, red, sans-serif font. A red swoosh above the '3' suggests movement or a stylized 'e'. To the right of the logo is a vertical list of text.

ÉCOLE DES DIRIGEANTS DE
LA PROTECTION SOCIALE

... L'avenir de
... la protection
... sociale
... se dessine
... avec vous
... en3s.fr



DOSSIER CENTRAL

PRÉVENTION ET PROTECTION SOCIALE

> 13

GRAND TÉMOIN

FRANÇOIS BRAUN

> 13

COORDINATION ÉDITORIALE



Président

Dominique LIBAULT Directeur général de l'EN3S

Membres

Julien Damon Conseiller scientifique de l'EN3S
Pascale Breuil Membre du Conseil d'orientation scientifique de l'EN3S
Pierre Mayeur Membre du Conseil d'orientation scientifique de l'EN3S
Albert Lautman Membre du Conseil d'orientation scientifique de l'EN3S
Angélique Josserand Directrice adjointe de l'EN3S
Christophe Albert Responsable-coordonnateur de la recherche à l'EN3S
Farhaan Joomun Chef de projets protection sociale à l'EN3S

Revue bi-annuelle publiée par
l'École nationale supérieure de Sécurité sociale

27 rue des docteurs Charcot
CS 13132
42031 Saint-Étienne cedex 2
Tél : +33(0)4 77 81 15 15
www.en3s.fr

Directeur de la publication :
Dominique Libault, Directeur général de l'EN3S

ISSN 2552-0040 (en ligne)
ISSN 0988-6982 (imprimé)

Création de la maquette : Agence Chromatiques, Paris
Mise en page de ce numéro : Citeasen, Strasbourg

Achévé d'imprimer en mai 2023
Sur les presses de REBOUL IMPRIMERIE
24-26, rue des Haveurs
ZA Montmartre – BP 351
42100 Saint-Étienne
N° d'imprimeur : 1456
Dépôt légal : 2^e trimestre 2023

SOMMAIRE



11 ÉDITO

Par Dominique LIBAULT, Directeur de l'école nationale supérieure de Sécurité sociale (EN3S)

13 DOSSIER CENTRAL : PRÉVENTION ET PROTECTION SOCIALE

15 GRAND TÉMOIN

15 Quels enjeux pour une nouvelle politique de prévention en santé publique pour la France ?

François Braun, ministre de la Santé et de la Prévention

21 PARTIE A : QUELLES ÉVALUATIONS POUR LA PRÉVENTION ?

21 La prévention : entre investissement social et contrôle social

Julien Damon, conseiller scientifique de l'EN3S

31 Comment évaluer l'efficacité économique de la prévention ?

Nathalie Fourcade, Secrétaire Générale du HCAAM,
Roland Cash, médecin, normalien, conseiller scientifique au HCAAM

43 De l'espérance de vie à l'espérance de vie sans incapacité : L'enjeu de la prévention et de la prise en charge

Emmanuelle Cambois (INED)

55 Les dépenses de prévention, complexes à mesurer, très difficiles à comparer

Denis Raynaud, Directeur de l'IRDES

67 PARTIE B : QUEL PASSAGE À L'ACTE POUR LA PRÉVENTION ?

67 La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées

Sylvie Apparitio (Cour des Comptes) et Laurence Assous (Cour des Comptes),
Directrice générale du Crous de l'académie de Versailles)

- 79 ICOPE : un exemple de parcours intégré de prévention pluridisciplinaire pour faire face aux enjeux de la dépendance**
Cendrine Blazy (ARS Occitanie)
- 101 Présage, système prédictif de prévention personnalisée**
Jacques-Henri Veyron, Directeur général de Présage,
Charlotte Théry, Docteure en Santé Publique et psychomotricienne,
Evelyne Gaussens, Directrice d'Hôpital honoraire
- 117 Hotlines gériatriques : Un modèle organisationnel potentiellement efficient**
Bienvenu Bongue (Pharmaco-épidémiologue),
Caroline Dupré, docteure en santé publique et ingénierie de la prévention,
Charline Mourgues, Ingénieure Hospitalière - Economiste de la Santé,
Luc Goethals, docteur en santé publique,
Marie Blanquet, praticien hospitalier en médecine générale et économiste de la santé,
Thomas Celarier, Professeur, responsable du service gériatre en CHU
- 131 PARTIE C : QUELS ACTEURS DE LA PRÉVENTION ?**
- 131 Prévention et action sociale des organismes de la sécurité sociale**
Frédérique Garlaud, directrice de l'action sociale de la CNAV
- 143 La tarification à l'expérience est-elle un instrument efficace d'incitation à la prévention**
Pascale Lengagne (IRDES)
- 151 Réparation et prévention, des liens ambivalents**
Anne Marchand, chercheuse en histoire et en sociologie, Sorbonne Paris Nord
- 163 Maintien en emploi : la Sécurité sociale en appui des services de prévention et santé au travail**
Marion Del Sol (Université de Rennes 1)
- 175 S'impliquer dans une démarche de prévention**
Jean-Pierre Aquino, médecin, directeur de clinique
- 187 ÉCLAIRAGE**
- 189 « Ma Santé-NC » : un plan de réforme du système de santé de la Nouvelle-Calédonie**
Abdelkader Saidi, chirurgien

203 NOTES DE LECTURE

- 205 Notes de lecture**
Julien Damon - Gwendal Châton, Martine Long, *Le revenu universel, une utopie pour le 21^{ème} siècle ?* Berger Levrault 2022
- 209 Notes de lecture**
Gilles Huteau - Philippe Batifoulier et Marion Del Sol (dir.), *Plus d'assurance santé pour moins de protection ? Le patient face au marché*, IODE, Coll. Amplitude du Droit, Rennes, 2022
- 210 Notes de lecture**
Gilles Huteau - Julien Damon, *Toilettes publiques. Essai sur les commodités urbaines*, Presses de SciencePo, 2023

ÉDITO



Par **Dominique LIBAULT**, Directeur général de l'EN3S

Les politiques de protection sociale actuelles doivent viser tout à la fois à maintenir la soutenabilité des systèmes pour les générations futures, alors que le niveau de la dette publique s'envole, et faire face au vieillissement de la population, qui affecte les dépenses des risques vieillesse, autonomie et maladie. Tout ceci dans un contexte de transition écologique qui risque de réduire les ressources disponibles et accroît les besoins en investissements pour réussir cette transition.

Dans les rares pistes permettant de concilier les exigences des finances publiques et le vieillissement de la population, figure la prévention en matière de santé ou en matière sociale qui, si elle est réussie, peut permettre de limiter la survenue ou l'aggravation de risques, générateurs de dépenses.

Il est évident qu'elle est aussi et surtout facteur du progrès humain, dans une époque où la perception du « tout se dégrade » est forte.

La plupart des analyses convergent sur le point que nous pouvons mieux faire en France dans le domaine de la prévention.

Pourquoi n'y arrive-t-on pas ? Quelle est la place des organismes de sécurité sociale dans une nouvelle stratégie ? Quelle place la prévention doit-elle tenir dans leurs objectifs et organisations ? À quelles conditions est-ce susceptible de fonctionner ?

L'ensemble des contributions – de haute volée ! – de ce numéro tend à y répondre. Anticipation, innovation, prise en compte du facteur social et de l'interaction des sujets pour la prévention en santé, transversalité des actions sont pour moi les critères fondamentaux d'une politique de prévention réussie.

À ce titre les innovations « ICOPE » et « Présage » présentées dans deux articles me paraissent tout à fait illustratrices de ce que devrait être la prévention demain.

Il appartient aux caisses de sécurité sociale de soutenir ces démarches (comme le fait la CNAV sur ICOPE) mais aussi de se mettre en situation d'apporter des réponses coordonnées aux innovateurs qui ont bien du mal à franchir les barrières administratives qui leur sont imposées, de changer leurs pratiques

ÉDITO

pour adopter une approche populationnelle, de se décroiser car la prévention de la perte d'autonomie commence dès l'enfance, de devenir de vrais acteurs d'une politique territoriale de la prévention, toutes caisses confondues (famille, retraite, maladie).

Espérons que les COG en cours de signature, et les CPG qui devraient intégrer une dimension territoriale, répondent à cette ambition, sinon il faudra changer d'organisation.

DOSSIER CENTRAL PRÉVENTION ET PROTECTION SOCIALE

- 15 GRAND TÉMOIN
- 21 PARTIE A : QUELLES ÉVALUATIONS
POUR LA PRÉVENTION ?
- 67 PARTIE B : QUEL PASSAGE À L'ACTE
POUR LA PRÉVENTION ?
- 131 PARTIE C : QUELS ACTEURS DE LA PRÉVENTION ?

GRAND TÉMOIN



*Interview réalisée par
Dominique LIBAULT,
Directeur général de l'EN3S*

François Braun,
ministre de la Santé et de la Prévention
Jeanne Accorsini (SIPA)



M. LIBAULT

Partagez-vous l'idée générale d'une insuffisance de la stratégie prévention dans la politique de santé publique de la France et comment l'expliquez-vous ?

M. BRAUN

Même si certains mouvements ont été amorcés ces dernières années, la réalité est que notre pays reste encore en retard par rapport au reste de l'Europe : à titre de comparaison, seulement 2 % de notre budget de la santé est consacré à la prévention, contre 3 % chez certains de nos voisins européens. Il nous faut aller beaucoup plus loin et la création, pour la toute première fois, d'un ministère de la Santé ET de la Prévention est je crois un signal très fort adressé aux Français. Je pense que l'on a, depuis trop longtemps, développé notre système de santé en se basant sur le soin et même sur l'offre de soins. Non seulement cela a pu créer des difficultés entre les acteurs du système, non seulement cela nous pose des difficultés de financement du système... mais en plus, il est déjà trop tard lorsque nous nous penchons sur le soin puisque les Français sont déjà malades ! Je crois intimement que l'on peut investir plus tôt, et plus fortement, sur la santé de nos concitoyens avant qu'ils ne tombent malades. Mais cela suppose que nous prenions tous la mesure des défis que cela pose, pour notre système de santé et au-delà.

M. LIBAULT

Les constats de cette insuffisance et les nouveaux défis de la santé publique, notamment après la crise sanitaire, vous semblent ils nécessiter une nouvelle approche ?

M. BRAUN

Absolument ! La santé publique s'est installée dans notre quotidien depuis près de trois ans maintenant, à la faveur de la crise sanitaire... mais comme la prévention, elle pâtit parfois d'une image encore trop négative ou contraignante. Ma conviction est que cela devrait être tout l'inverse ! C'est à nous de démontrer sa valeur positive et de faire en sorte que l'on s'engage ensemble dans cette culture de la prévention, à tous les âges de la vie. Le défi que nous devons relever est de donner naissance dans les années à venir à une « génération prévention », avec de nouveaux réflexes et à la clé des résultats tangibles pour que nous vivions tous en bonne santé plus longtemps. Je suis convaincu que nous allons y parvenir !

Mais cela nécessite une grande mobilisation collective : celle des professionnels de santé, bien sûr, qui doivent accepter de concentrer leurs efforts sur des populations qui ne sont pas encore malades, ou éviter que leur état de santé ne se dégrade, par des dépistages précoces ou des actions nouvelles d'accompagnement des maladies. Mobilisation aussi de tous les pans de la société, parce que la prévention, c'est ancrer la santé dans le quotidien des Français : à l'école, à l'université, au travail, dans leurs loisirs et leurs activités sportives, etc. C'est ce que nous ambitionnons de porter avec ce Gouvernement, sous l'égide de la Première ministre : c'est une approche à la fois positive, et interministérielle, et donc collective.

M. LIBAULT

Vous introduisez des consultations de prévention à plusieurs âges. Pouvez-vous préciser le rôle que vous voyez à décliner de ces consultations ? Pensez-vous utile d'adapter les formations des médecins pour qu'elles soient totalement efficaces ?

M. BRAUN

Il s'agit d'une petite révolution : comme le Président de la République l'a souhaité, nous proposerons dès cette année aux Français de premiers rendez-vous de prévention aux âges clés de leur vie. À 25 ans, c'est l'occasion de faire le point sur les vaccins, l'activité physique, de repérer d'éventuelles addictions ou difficultés liées au début de la vie professionnelle. À 45 ans, âge où le risque d'apparition d'une tumeur augmente, ce rendez-vous permettra d'aborder la nécessité du dépistage du cancer du sein, du côlon ou de la prostate. Un bilan sur l'activité physique ou d'éventuels troubles de la santé mentale pourra aussi être proposé. Et enfin à 65 ans, la prévention de la perte d'autonomie, le dépistage d'éventuels cancers et d'autres maladies qui pourront être prévenues seront au programme de ces rendez-vous. Je le rappelle, ces consultations seront intégralement prises en charge par l'Assurance Maladie. Tout l'enjeu est que les Français comprennent l'intérêt de ces nouveaux rendez-vous, et qu'ils

soient orientés, même lorsqu'ils sont loin du système de santé. Il nous faudra sensibiliser les soignants à ces questions, car ils seront en première ligne ; trouver des moyens de travailler avec des professionnels qui ont l'habitude de s'adresser à des populations éloignées du système de santé ; développer les outils digitaux de prévention et de renforcement de l'autonomie de nos concitoyens ; mesurer les impacts de ces bilans sur la qualité de vie des Français et le taux de recours aux dépistages et aux vaccins qui leur sont offerts selon leur âge, leur sexe et leur facteurs de risques.

M. LIBAULT

On constate de très fortes inégalités en santé, que ce soit sur l'espérance de vie ou l'espérance de vie sans incapacité, selon le gradient social. Comment peut-on avoir une politique plus active et efficace vis-à-vis des populations modestes ? Pensez-vous nécessaire d'affirmer une stratégie « populationnelle » ? Avec quels outils ? Avec quels acteurs ? En particulier la coopération avec les acteurs sociaux et les collectivités locales vous paraît-elle devoir être renforcée ?

M. BRAUN

Les derniers chiffres de l'INSEE montrent qu'il y a un écart de 7 ans d'espérance de vie entre un cadre et un ouvrier, et 4 ans d'espérance de vie entre une cadre et une ouvrière.

Pour toucher les personnes les plus éloignées de la santé, nous allons développer des politiques que l'on appelle « d'aller-vers », par exemple en encourageant la médiation en santé. C'est une démarche qui me tient très à cœur. J'ai notamment pu me rendre compte de son impact positif lorsque je me suis rendu dans les quartiers Nord de Marseille début novembre : grâce à la mobilisation de tous et une bonne coordination, les choses vont dans le bon sens. Pour aller encore plus loin, nous avons missionné un groupe d'experts pour d'une part faire un état des lieux des solutions existantes dans notre pays et à l'étranger, et d'autre part aller encore plus loin dans le déploiement de ces nouveaux métiers autour de la médiation en santé, et imaginer collectivement toutes les formes « d'aller-vers » partout sur notre territoire.

M. LIBAULT

Les données récentes montrent une particularité française peu envieuse dans le nombre de décès causés par les accidents du travail, augmentant au fil des années alors qu'il baisse ailleurs en Europe. Quelles seraient les voies d'amélioration de la prévention des accidents du travail, et ne faudrait-il pas une collaboration renouvelée entre le ministère du Travail et celui de la Santé sur le sujet ?

M. BRAUN

Il s'agit effectivement d'un enjeu très fort, comme pour toutes les pathologies liées au travail. Le Gouvernement a engagé un changement en profondeur sur le sujet depuis l'année dernière, avec la loi sur la santé au travail. Mais il nous faut encore aller plus loin, en particulier, c'est vrai, en développant les liens

entre les ministères du Travail et de la Santé sur le sujet. C'est par exemple ce que l'on cherche à faire plus spécifiquement sur le sujet de la pénibilité du travail des soignants dans le cadre de la réforme des retraites : développer les actions de prévention de l'usure professionnelle, renforcer aussi les outils à disposition des salariés et des employeurs pour accompagner les fins de carrières... Là encore, c'est sur la prévention que nous devons investir. Et c'est par une approche collective que nous parviendrons à inverser ces tendances.

M. LIBAULT

Au sein même de la Sécurité sociale ne pensez-vous pas nécessaire de rapprocher sur un territoire les actions de la Cnam et de la Caf afin de concilier les approches « santé publique » et social notamment parentalité, par exemple sur le sujet de l'obésité infantile ?

M. BRAUN

Les liens entre les sujets sanitaires et sociaux sont majeurs. C'est vrai pour la précarité, c'est vrai pour la parentalité aussi. Et il est de notre devoir de faire des liens entre les acteurs, au sein de la Sécurité sociale bien sûr... mais plus largement au sein du ministère de la Santé et de la Prévention, et même avec les autres ministères.

Pour ne prendre qu'un exemple : c'est tout l'enjeu du projet interministériel mené autour des 1 000 premiers jours de l'enfant, avec une approche globale en matière d'accompagnement à la parentalité, de bien-être des enfants dès le plus jeune âge, de lutte contre la précarité, de protection de l'enfance et d'accompagnement des besoins de chaque enfant.

M. LIBAULT

Souhaitez-vous que les prochaines COG prennent en compte cette priorité et notamment le meilleur travail entre caisses sur un territoire ?

M. BRAUN

Oui bien sûr, ce rapprochement est déjà enclenché. C'est grâce à une approche complète autour du service aux citoyens que l'on parviendra à avoir un réel impact sur le service public rendu sur les sujets de santé.

M. LIBAULT

La prévention de la perte d'autonomie est un sujet du CNR autonomie mais qui a de très fortes adhérences avec les sujets santé. La DREES montre que la durée de vie après 65 ans se composerait à 45 % avec incapacité. La Cour des comptes estime à 1,5 milliard d'euros par an les gains pour les finances publiques d'1 an d'espérance de vie sans incapacité. Pensez-vous que c'est un objectif atteignable et souhaitable pour la France ?

M. BRAUN

Toutes les démarches qui favorisent une meilleure promotion de la santé et une meilleure prévention de la perte d'autonomie nous permettront d'augmenter l'espérance de vie en bonne santé, donc la qualité de vie de nos concitoyens.

C'est un objectif ambitieux que l'on peut atteindre en quelques années, j'en veux pour preuve nos voisins suédois qui sont parvenus à passer d'une espérance de vie en qualité de vie de 62 ans dans les années 2000-2004 à 73 ans actuellement grâce à un investissement très fort sur la prévention dans leur système de santé. C'est vers cet objectif que l'on veut tendre.

PARTIE A : QUELLES ÉVALUATIONS POUR LA PRÉVENTION ?



La prévention : entre investissement social et contrôle social

Par **Julien Damon**, enseignant à Sciences Po, à HEC, et conseiller scientifique de l'EN3S



Enseignant à Sciences Po, à HEC, et conseiller scientifique de l'En3s, Julien Damon a été directeur des études à la Caisse nationale des Allocations Familiales (CNAF), chef du service Questions sociales au Centre d'Analyse Stratégique, Président de l'Observatoire national de la pauvreté de l'exclusion sociale, membre de cabinets ministériels. Il a publié une trentaine d'ouvrages sur les questions sociales et urbaines dont, récemment, *Aux frontières du logement ordinaire* (2022), *Toilettes publiques. Essai sur les commodités urbaines* (2023). www.eclairs.fr

Évaluation, innovation, expérimentation, protection : voici des mots à connotation habituellement positive. Normalisation, moralisation, punition, stigmatisation, assignation : voici des mots à connotation généralement négative. La prévention navigue entre ces deux univers sémantiques.

Au pays de Pasteur et de l'immunologie, mais aussi maintenant un peu partout dans le monde, la prévention est valorisée. Aucune conversation actuelle sur la protection sociale, qu'il s'agisse de débats sur l'assurance maladie ou de discussions plus larges sur les différents risques sociaux, n'échappe à la remarque aisée sur les insuffisances de la prévention et sur les nécessités du virage vers davantage de prévention.

Aujourd'hui portée aux nues et vue comme parent pauvre de la protection sociale à la française, la notion ne bénéficie ni d'une définition précise ni d'un périmètre stable. Elle peut, par ailleurs, toujours être critiquée comme contribuant, sous des habits antiques ou nouveaux, au marquage et à la manipulation des individus et des populations.

Pour prendre deux expressions, l'une assez ancienne, l'autre plus contemporaine, c'est entre deux voies que résident les réalités et les perspectives de la prévention. Elle contribuerait à l'investissement social, voire elle l'incarnerait. Selon d'autres perspectives, elle orienterait et matérialiserait le contrôle social.

Pour analyser les contenus et la portée de la prévention, selon ces deux angles opposés, on passera d'abord par la formule classique « mieux vaut prévenir que guérir » qui conçoit assez largement l'idée d'investissement social. Puis on traitera d'une formule plus inédite, avec une claire référence au contrôle social et aux sciences humaines soupçonneuses, « prévenir c'est surveiller et punir ».

I- « MIEUX VAUT PRÉVENIR QUE GUÉRIR » ?

Mieux vaut prévenir que guérir. La chose est rabâchée mais elle n'est pas forcément si évidente. Du moins d'un point de vue comptable. Il est malaisé de distinguer la prévention, concept aux multiples facettes, de la réparation. L'orientation n'en reste pas moins fortement valorisée, et ce pour tous les risques de protection sociale. Des dénominations et des délimitations institutionnelles la caractérisent. Des fonds dédiés lui sont consacrés. Des métiers particuliers la singularisent. Elle prend aujourd'hui une ampleur et une importance grandissantes avec l'amélioration continue de la gestion des risques, avec des techniques innovantes, mais aussi à mesure du vieillissement de la population. Mais quels sont vraiment les impacts repérables, tant sur la vie quotidienne que sur les comptes sociaux ? De quelles expériences s'inspirer, desquelles se méfier ? Quels équilibres nouveaux pour la protection sociale ? Ces questions importantes n'ont pas de réponse simple.

Progression des maladies chroniques, vieillissement démographique, reprise des maladies contagieuses : voici trois ingrédients qui commandent une attention accrue sur la prévention. Il s'agit d'accompagner, notamment pour bien vieillir. Il s'agit d'atténuer, quand les conséquences sont prévisibles. Il s'agit d'endiguer, quand les affections peuvent être stoppées.

I.1/ De quoi parle-t-on ?

Au fond, de quoi parle-t-on ? Le dictionnaire classique du vocabulaire juridique nous renseigne¹. Le mot vient du latin *praevenire* : devancer. La notule consacrée au terme indique que la prévention correspond à l'ensemble des mesures et institutions « destinées à empêcher – ou au moins à limiter – la réalisation d'un risque, la production d'un dommage, l'accomplissement d'actes nuisibles, en s'efforçant d'en supprimer les causes et moyens ». Elle donne des exemples : « précautions contre les accidents du travail et les maladies professionnelles dans la législation sociale ». Bien évidemment la prévention ne saurait se limiter aux seuls AT-MP.

Poursuivons donc la recherche dans le fond juridique, en comptant les occurrences du terme « prévention » dans les codes. Il apparaît cinq fois dans le Code civil, mais il est présent dans 2 % des pages du Code de la mutualité, 3 % de celle du Code

des assurances (au titre principalement de la prévention et de la gestion des crises). On le recense sur 5 % des pages du Code de l'action sociale et des familles (CASF), où il va concerner des actions, des domaines, des structures, des métiers, des missions. Le Code de la sécurité sociale (CSS) ne contient pas de définition de la prévention, mais celle-ci se retrouve dans 6 % de ses pages. Prédominant, dans ce code, des occurrences évoquant les actes de prévention. Du côté du Code de la sécurité intérieure, 12 % des pages évoquent le sujet, principalement à l'aune de la prévention de la délinquance et des risques naturels. Bref, la protection sociale n'a pas le monopole d'une prévention qui échappe à la caractérisation simple et univoque.

Afin de poursuivre l'investigation, plongeons-nous dans du Pierre Laroque. En 1972, il avait lui aussi recours aux dictionnaires². « *La recherche de la nature de la prévention sociale, écrivait-il, doit partir d'une définition de ce terme. Qu'entend-on par prévention ? Qu'entend-on par sociale ?* ». Passons sur l'épithète, et relevons, avec Laroque, que la prévention, est historiquement d'abord une idée préconçue, un préjugé, ou encore l'état d'un individu en instance d'être jugé. Dans les dictionnaires plus modernes (et nous sommes en 1972) Laroque voit varier l'approche de la prévention vers une action ou une institution tendant à éviter un risque. C'est en ce sens qu'on l'entend maintenant communément, avec un préventif s'opposant à un curatif ou à un palliatif.

I.2/ Classifications et délimitations

Dès lors qu'est-ce que, concrètement, prévenir ? En l'espèce nombre de théories et de typologies classifient différentes dimensions ou différents niveaux de prévention. On trouve un premier niveau, celui des modes de vie d'une population, un deuxième niveau, correspondant à l'environnement et au milieu naturel, un troisième niveau, celui de l'individu lui-même. Bien entendu ces différents niveaux s'entremêlent. Avec cet entrelacs de niveaux, les experts distinguent la prévention universelle (visant tout le monde), la prévention spécifique (ciblée sur un groupe), la prévention indiquée (personnalisée pour un individu)³.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a une approche ternaire et même quaternaire. Elle a d'abord défini la prévention, en 1948, comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». Selon sa quadripartition, la prévention primaire, contre l'arrivée de la maladie, ce sont les actes qui diminuent l'incidence d'une maladie. On va trouver là de l'information et de l'éducation. On va même trouver, dans la prévention primaire, de la prévention primale visant à assurer le bien-être du fœtus. La prévention secondaire consiste en actions contre la prévalence d'une maladie, agissant donc pour réduire sa durée de présence. On trouve là des dépistages, des tests. La prévention tertiaire, contre l'aggravation de la maladie, veut en diminuer les conséquences, réduire les diminutions fonctionnelles et l'invalidité, éviter la récurrence et les rechutes. Une prévention quaternaire relève des soins palliatifs dans l'accompagnement des personnes en fin de vie et de la lutte contre la surmédicalisation.

² Voir Pierre Laroque, « La nature de la prévention sociale », rapport présenté au Congrès sur la prévention sociale : nature, coût, rentabilité, organisé à Genève avec l'appui technique du programme de développement social des Nations Unies, publié dans le *Concours médical*, n° 6, 1972, et repris dans *La sécurité sociale de Pierre Laroque*, Paris, Comité d'histoire et association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale, 2020, pp. 178-190.

³ Voir les différentes approches et définitions en santé publique sur le site de la Haute Autorité de Santé (HAS), www.has-sante.fr

¹ Voir la 14^{ème} édition du classique signé sous la direction de Gérard Cornu, *Vocabulaire juridique*, Paris, PUF, 2022.

Dans le domaine de la santé, les experts s'échinent à séparer, sur le plan statistique, ce qui est prévention et ce qui est réparation. L'exercice s'avère périlleux. Il est souvent rétorqué qu'il est difficile de distinguer, sur le temps d'une visite médicale, les moments affectés à du curatif de ceux affectés à du préventif. Tout le monde en convient, aucune clé ne permet de parfaitement distinguer, chez les professionnels de santé, ce qui est consacré aux soins de ce qui est dédié à la prévention. Cette précaution (prévention ?) à l'esprit, on peut rappeler que selon les Comptes de la santé et la Cour des Comptes, une estimation minimale de ce que représente la prévention tourne autour de 2 % des dépenses⁴. Circonscrite aux programmes spécifiques de prévention, ainsi labélisés, elle ne saurait rendre compte de tout ce qui est prévention. La taxonomie de la prévention est compliquée, avec des approches minimalistes et maximalistes. Tout soin ne serait-il pas, dans une certaine mesure, préventif ?

On ne saurait se satisfaire d'un constat de règne du flou. Car ce n'est pas le cas. Des nomenclatures existent. Si elles sont discutables, elles sont d'abord utilisables. Ce qui est vrai aussi c'est que la préférence sociale va certainement plus aux soins et à la réparation qu'à la prévention. Car les victimes d'un défaut ou d'une insuffisance de la prévention sont des « victimes statistiques ». Elles s'identifient abstraitement dans des statistiques. À l'inverse, des erreurs ou des limites dans les soins amènent des « victimes indétectables », avec des critiques aisément justifiables.

I.3/ Un sujet qui n'est pas uniquement sanitaire

En un mot, la prévention sanitaire a bonne presse dans le domaine des idées, mais pâtira sans doute toujours d'une orientation nécessairement calée sur d'autres priorités. Mieux vaut prévenir que guérir, certes. Mais il faut d'abord agir pour guérir. Ce n'est pas une priorité en dignité, ni peut-être même globalement en efficacité, mais il faut guérir quand rien n'a empêché le problème de survenir. C'est là l'un des dilemmes premiers de la prévention.

La prévention, sur le registre de la protection sociale, ne se limite pas au sanitaire. On la retrouve ailleurs. Des institutions et des professions l'incarnent explicitement. C'est le cas, par exemple, de la « prévention spécialisée », née de l'ordonnance du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante (avant donc les célèbres ordonnances d'octobre sur la sécurité sociale). Les pouvoirs publics reconnaissent la nécessité de développer des pratiques éducatives nouvelles, avec des établissements et des agents.

La prévention se retrouve aussi dans les fondements et dans les actualités de nombre de prestations sociales. Les allocations familiales préviennent les risques de difficultés financières de parents avec leurs enfants. Les allocations logement préviennent les locataires de charges trop importantes pour habiter convenablement. Les allocations-chômage préviennent la survenance de la pauvreté. Allons-y plus largement, toute la protection sociale se déploie pour prévenir la misère et la précarité.

⁴ Voir le rapport de la Cour des Comptes, La politique de prévention en santé, novembre 202. Les dépenses totales de prévention y sont estimées à environ 15 milliards d'euros, ce chiffre agrégeant deux composantes très différentes : les programmes institutionnels de prévention (6 milliards jusqu'en 2019) et les actes de prévention remboursés, estimés en 2016 par la Drees à 9 milliards€. Ces dépenses restent, selon les magistrats financiers, mesurées de manière imprécise et incomplète. C'est pourquoi la Cour des comptes a appelé en 2011 puis en 2017 à définir une méthode d'évaluation des dépenses de prévention et à les identifier dans un sous-objectif de l'Ondam. En se fondant sur cette estimation, la part du PIB consacrée à la prévention atteint en France 0,63 %, soit un niveau proche des États-Unis, du Royaume-Uni ou de l'Allemagne.

Mais une protection sociale préventive ne serait-elle pas trop intrusive ? Ne reviendrait-elle pas à chercher à orienter les comportements et à contrôler les populations ? Qu'il s'agisse des équipes de travailleurs sociaux ou encore de tout l'édifice des prestations supposément préventives, les critiques peuvent fuser.

II- « PRÉVENIR C'EST SURVEILLER ET PUNIR » ?

La prévention, aujourd'hui parée de bien des vertus, a fait l'objet, sous d'autres dénominations, d'appréciations très négatives, voire de condamnations. Les sciences humaines, au cours des années 1960 et 1970, ont vu naître une ère du soupçon. Emmenés par Michel Foucault⁵, philosophie et sociologie (du moins une partie d'entre elles), mais aussi psychiatrie et travail social, ont critiqué, et continuent à critiquer, l'emprise des institutions sur les gens. Concrètement, ce que l'on baptise aujourd'hui prévention serait d'abord manipulation, assignation et, pour prendre le mot à la mode, stigmatisation.

II.1/ Sciences sociales et travail social contre la prévention

L'idée critique repose, entre autres, sur la sempiternelle oscillation des politiques sociales et sanitaires entre la potence et la pitié, entre l'aide jugée légitime pour les bons pauvres et l'assistance considérée comme détournée par les mauvais pauvres. La prévention et toutes les mesures visant l'éducation ou l'incitation aux comportements vus comme vertueux reposeraient sur la volonté de disposer d'une population plus docile, correspondant à des canons hygiénistes et moraux. Qu'il s'agisse d'arrêter de boire de l'alcool ou de fumer, de consommer des fruits et légumes ou de faire du sport, les objectifs se comprennent. Ils pèsent cependant disproportionnellement sur des catégories particulières de la population, comptant parmi les plus défavorisées économiquement et les moins dotées culturellement. Dis autrement, la prévention serait, en quelque sorte, une ruse des dominants pour dompter, en tout ou partie, les dominés. D'autres expressions, tirées du vocabulaire, souvent militant, des sciences sociales, évoquent la volonté, voire le désir, de discipliner les pauvres, de « calmer le jobard ».

Il y a quelques décennies, les sciences sociales se dressaient contre les institutions disciplinaires, que celles-ci soient physiquement évidentes (les prisons, les hospices, les asiles) ou plus insidieuses, comme le travail social. Ce dernier a même fait l'objet de procès en règle, venant de l'extérieur mais aussi de l'intérieur de la profession⁶. La protection sociale, au-delà de ses capacités curatives attendues, était critiquée car dévoyée dans une fonction de police, avec moralisation, hygiénisation et normalisation des comportements. Travail social et politique familiale étaient particulièrement disputés⁷.

⁵ . Voir, entre autres, Michel Foucault, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975.

⁶ . Tous les quarts de siècle, depuis les années 1970, *Esprit* produit un dossier phare sur la question du travail social. Le premier « Pourquoi le travail social ? » date de 1972. Et pour une incarnation très critique, voir Jeannine Verdès-Leroux, *Le travail social*, Paris, Éditions de Minuit, 1978.

⁷ . Jacques Donzelot, *La police des familles*, Paris, Éditions de Minuit, 1977.

Du côté socialiste, la prévention se critiquait comme une dérive vers la police et le paternalisme. Du côté libéral, la prévention se critiquait comme une dérive bureaucratique. Ce côté de la critique est moins connu, en particulier dans les sphères du travail social, mais il était puissant. On trouve, par exemple, chez Lionel Stoléru, une méfiance explicite vis-à-vis de la prévention. Son principal effet serait la constitution d'une « caste de conseillers sociaux très désireux de maintenir leur raison d'être et peu soucieux en définitive, de voir disparaître la pauvreté qui engendre leur clientèle »⁸.

II.2/ La prévention c'est rentable

Ainsi intensément critiquée, la prévention aurait probablement pu déperir. Il n'en a rien été, même si les attaques de la philosophie du soupçon et l'objection libérale persistent. Car une dimension essentielle de la valorisation de la prévention a pris de plus en plus d'importance : l'économie, ou plutôt les économies.

Mieux vaut prévenir que guérir, car ceci coûte, à terme, moins cher. L'idée est aujourd'hui au cœur des raisonnements en termes d'investissement social⁹. Prévenir maintenant c'est moins avoir à guérir demain. L'idée, pour être forte, n'est pas si neuve. On la trouve, déjà en force, dans les années 1970 en France, et dans les années 1960 aux États-Unis. Les études de rationalisation des choix budgétaires (RCB) sont alors en vogue. On s'intéresse, par exemple, au vagabond « apte au reclassement ». Pour lui se légitime le financement de centres d'hébergement, qui coûteront moins cher que les passages répétés par les cases hôpital ou prison. Ce ne sont pas les arguments de justice qui prévalent mais ceux de l'efficacité.

Depuis lors la prévention est célébrée, tout en demeurant tout de même, en sourdine, contestée. La prévention, dans cet ordre d'idée, s'ajuste au principe de responsabilisation. Ne pas fumer ou moins fumer, ne pas boire ou boire moins, ne pas skier ou skier avec un casque consistent en bons comportements, valables pour la santé des individus et pour la bonne santé des comptes sociaux. Des interrogations capitales sont tout de même soulevées. Un certain culte de la santé, encouragé par les experts, ne risque-t-il pas d'enserrer les personnes et les familles dans de nouveaux carcans moraux ? Tandis que s'ouvrent de nouveaux marchés, le contrôle social mute¹⁰. Mais plus largement, faut-il privilégier la garantie des libertés individuelles ou la protection de la santé collective ? L'interrogation est de pleine actualité, quand, avec la crise Covid, législation d'exception et hésitation vaccinale ont nourri tant de débats¹¹. Ceux-ci ne sont pas neufs. Les pouvoirs publics, en matière de santé publique, encadrent depuis longtemps. La quarantaine, qui est préventive, apparaît au XIV^e siècle. Aujourd'hui, les politiques de prévention veulent orienter les comportements, au risque de l'aseptisation de l'existence et d'une conduite jugée trop directive des comportements.

Si ces questions expertes existent, avec leurs répercussions dans le débat public quand il s'agit de vaccination, elles intéressent moins la doctrine et la décision que les questions économiques qui ont pris – ampleur des dépenses et déficits oblige – une dimension principale.

C'est là que la notion d'investissement social prend son essor. En son cœur se trouve l'idée, essentielle, de retour sur investissement. Dépenser pour la petite enfance c'est préparer l'avenir en prévenant de potentielles difficultés futures. Signalons que les travaux américains qui mettent originellement l'action sur cette logique économique insistent notamment sur les coûts évités plus tard en termes de délinquance et de criminalité. Les crèches sont, en ce sens, de la prévention très spécialisée.

Alors qu'économiquement la prévention est, comme un soin, un coût immédiat, la prévention est dans la logique d'investissement social une dépense qui rapporte. Soit dit en passant, elle légitime de la sorte l'endettement et permet comptablement des amortissements, mais c'est une autre histoire. Alors que les effets du curatif se voient, en théorie, immédiatement ou rapidement, ceux de la prévention ne s'observent que sur un temps plus long, s'ils s'observent. Ce qui fonde l'idée d'investissement social et qui accompagne toute communication en ces termes, c'est qu'un euro dépensé aujourd'hui en rapporte plusieurs plus tard. Ses racines sont plus anciennes qu'on ne le pense. On la trouve exprimée explicitement par le président Johnson lorsqu'il lance, aux États-Unis, la guerre contre la pauvreté, lors de son discours sur l'état de l'Union du 8 janvier 1964. Lutter contre la pauvreté aujourd'hui c'est limiter les problèmes demain. Depuis l'affirmation selon laquelle un dollar investi dans la lutte contre la pauvreté peut en rapporter dix sur la décennie qui suit, les études se sont multipliées pour montrer qu'un dollar, ou un euro, investi dans tel ou tel programme social ou sanitaire permettait d'en économiser trois, cinq ou dix sur les années qui suivent. L'économétrie est devenue la science de la prévention, dans une quête à la fois de la démonstration scientifique de l'efficacité de la dépense et de communication percutante. Quel décideur peut résister à l'argument selon lequel une dépense consentie aujourd'hui peut en éviter beaucoup plus demain, tout en contribuant au bonheur de la population ? Il ne peut que dire adhérer, plus sur le plan des principes que sur celui des engagements financiers. Car, pour ses électeurs, ce qui se voit tout de suite ce sont les soins, pas la prévention, qui peut s'avérer embarrassante.

Sous son aspect théorique, l'idée centrale, avec cette prévention enchantée de l'investissement social, relève d'une sorte de carré magique : les pouvoirs publics économisent, les individus vivent plus longtemps, la collectivité gagne en bien-être, les professionnels voient leurs métiers évoluer positivement.

Mais dans tous les cas les questions, voire parfois les polémiques, affluent. Les économies, espérées dans le moyen et le long termes, sont-elles réelles ? Peut-on véritablement les mesurer ? Comment affecter, toutes choses égales par ailleurs, des résultats positifs aux programmes de prévention ? Les professionnels sont-ils plus efficaces et plus à leur place pour soigner ou pour prévenir ?

⁸ Lionel Stoléru, *Vaincre la pauvreté dans les pays riches*, Paris, Flammarion, 1974.

⁹ Sur cette logique, voir Clément Carbonnier, Bruno Palier, *Les femmes, les jeunes et les enfants d'abord*, Paris, PUF, 2022 et Julien Damon, « L'investissement social : contenu et portée d'une notion en vogue », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 4, 2015, pp. 722-733.

¹⁰ En ce sens, voir Patrick Peretti-Watel, Jean-Paul Moatti, *Le principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives*, Paris, Le Seuil, 2009.

¹¹ Voir Dominique Polton, Jean-Philippe Vinquant, *Santé et liberté. Faut-il choisir ?* Paris, La Documentation française, 2021.

II.3/ Retour du contrôle social par le *nudge*

Et puis revient la question lancinante du contrôle social. Si je suis libre de fumer, de manger et de boire, pourquoi vouloir m'en dissuader ? Pourquoi vouloir m'en décourager par la peur avec des communications anti-tabac, anti-alcool et anti-obésité ? Plus essentiellement, si tel comportement se retrouve plutôt du côté de certaines populations, n'est-ce pas les montrer du doigt que de monter des actions préventives en direction de ces comportements ? Ces questions sont vieilles comme tous les débats sur le contrôle social. Elles trouvent une actualité certaine avec les *nudges*, ces incitations comportementales à des agissements positifs¹².

Ce recours à la manipulation douce (autre traduction des « *nudges* ») enchante les commentateurs et les experts des politiques publiques qui y voient une source de modernisations et d'économies. Ce paternalisme bienveillant, comme se dénomme parfois ce courant de pensée et d'expérimentations, a valu un prix Nobel d'économie à l'un de ses promoteurs, Richard Thaler, en 2017. Pour en prendre une définition, le recours au *nudge* consiste à « *s'efforcer délibérément d'aiguiller les individus vers des décisions susceptibles d'améliorer leur qualité de vie* ».

Mais qui est le juge de la qualité de vie ? À vouloir gouverner, ne serait-ce que subrepticement, les conduites sanitaires, éducatives, financières, ne glisse-t-on pas vers la dictature douce ? Les réflexions et critiques autour du contrôle social et de la prévention se renouvellent donc avec les réserves, plus ou moins poussées, exprimées à l'encontre des *nudges*, des *nudgelords* (ces spécialistes du sujet, férus de neurosciences). Actualisant l'interrogation classique attribuée à Juvenal « *Quis custodiet ipsos custodes ?* » (Qui me gardera de mes gardiens ?), les remontrances grandissantes à l'égard du *nudge*¹³ soulèvent une autre question intéressante : qui *nudge* les maîtres du *nudge* ?

Tout ceci amène à observer que la manipulation, même dans une visée préventive pleine d'éthique et de bons sentiments, demeure une manipulation. Certes, un marketing social ajusté, produit et contrôlé démocratiquement, avec les groupes intéressés, peut lever certaines inquiétudes. Mais jamais toutes les appréhensions théoriques au sujet de la prévention. Appuyons peut-être là où le bât de la prévention blesse. Trop d'expertise préventive ou bien de la prévention mal expliquée donne la prévention à l'égard de la vaccination ! Alors que la vaccination sauve individuellement et améliore la vie collectivement, elle est parfois repoussée vivement. L'épisode du vaccin Covid montre peut-être que prévenir c'est guérir, mais pas selon tout le monde. Il faut prévenir, peut-être, mais que ceci ne passe pas forcément par moi...

Entre sagesse populaire et science

L'adage « mieux vaut prévenir que guérir » reste, à bien des égards, valable. La prévention ne procède pas d'abord de l'économétrie et de l'épidémiologie. Les Britanniques ne disent-ils pas depuis longtemps « *An apple a day keeps the doctor away* ».

Les Français ont traduit le dicton par « *une pomme le matin éloigne le médecin* ». L'un (le médecin) et l'autre (le fruit) ne se substituent pas vraiment totalement. Ils sont l'un et l'autre nécessaires, au moins bienvenus.

Retombe-t-on obligatoirement dès lors dans une nécessaire dichotomie séparant la prévention du reste des activités et prestations sanitaires et sociales ? Peut-on, à la Hugo, opérer une distinction parfaite entre les dépenses pour les écoles et celles pour les prisons ? Est attribuée au poète la célèbre formulation selon laquelle « Ouvrir une école, c'est fermer une prison ». La logique d'investissement social et de prévention, qui a décidément des racines très anciennes, irait exactement en ce sens. La prison restera pourtant nécessaire, sauf à croire en une vision miraculeuse de l'éducation et de la nature humaine. En tout cas les soins seront, eux, toujours nécessaires. L'affirmation souffre moins de discussions. Dit de façon plus ramassée, en conclusion, la prévention ne remplacera pas les soins. Peut-être les précède-t-il ? Mais la question de leur équilibre n'est jamais tranchée, si tant est qu'il faille le faire.

Une orientation d'avenir réside peut-être dans l'idée, en expansion depuis le début du millénaire, de « One Health » (une seule santé). À la fois concept, objectif et stratégie, promue par les institutions internationales, l'idée insiste sur l'interconnexion de toutes les dimensions de la santé et, plus largement, de toutes les dimensions du vivant. Raisonner et agir à partir de cette vision invite à relativiser la partition entre soin et prévention. Mais une telle vision invite aussi à sortir la santé de son approche uniquement médicale ! Elle plaide, en quelque sorte, pour un virage vers la prévention, dans un sens très élargi et non pas limité aux *nudges* et aux programmes spécifiques repérés dans les comptes de la santé.

Après ces observations générales et cogitations particulières, laissons la parole à Pierre Laroque afin de boucler la boucle. En 1972, il complétait son propos par une considération que l'on peut, sans anachronisme, reprendre aujourd'hui : « *Les perspectives ouvertes à la prévention sociale sont à la fois exaltantes et décourageantes. Exaltantes parce que les domaines de son action sont pratiquement illimités. Décourageantes par l'ampleur même des problèmes à résoudre.* » Relevons simplement que le sujet en lui-même est certainement bien plus exaltant que décourageant.

Laroque concluait ainsi son propos : « *La prévention sociale, pour être pleinement efficace, doit être le fait de la population tout entière consciente de la nécessité de cette prévention, consciente aussi de sa solidarité. En définitive, la prévention sociale repose fondamentalement sur un effort constant, persévérant, d'éducation de la solidarité.* » Rien à ajouter.

¹² Richard Thaler, Cass Sunstein, *Nudge. Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness*, New Haven, Yale University Press, 2008.

¹³ Voir Henri Bergeron, Patrick Castel, Sophie Dubuisson-Quellier, Jeanne Lazarus, Étienne Noguez, Olivier Pilmis, *Le biais comportementaliste*, Paris, Presses de Sciences Po, 2018, Sophie Dubuisson-Quellier, *Gouverner les conduites*, Paris, Presses de Sciences Po, 2016.

Comment évaluer l'efficacité économique de la prévention ?

Par **Nathalie Fourcade**, Secrétaire générale du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) et Inspectrice générale de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et **Roland Cash**, médecin, normalien, consultant en économie de la santé et santé publique, conseiller scientifique au Hcaam



Secrétaire générale du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) et Inspectrice générale de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), Nathalie Fourcade a été Harkness Fellow du Commonwealth Fund à l'Université de Columbia (New-York) et sous-directrice de l'Observation de la santé et de l'assurance maladie à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du Ministère des Affaires sociales et de la Santé, après avoir travaillé sur les politiques sociales et les politiques macro-économiques à la Caisse nationale d'allocation familiales (Cnaf), à la Direction générale du Trésor et à l'Insee.



Roland Cash est médecin, normalien, consultant en économie de la santé et santé publique, conseiller scientifique au Hcaam. Il a été responsable scientifique de la mission Tarification à l'activité au ministère de la Santé de 2003 à 2010, et membre de la commission d'évaluation économique et de santé publique à la HAS de 2007 à 2011

Résumé

La prévention agit sur les déterminants de santé. Son champ et celui de ses impacts sont potentiellement extrêmement vastes, et l'horizon temporel de son action souvent lointain. Ceci rend d'autant plus nécessaire, pour une bonne allocation des dépenses publiques, son évaluation économique. Parmi les actions, préventives ou curatives, ayant un bon rapport coût/bénéfice de santé, beaucoup relèvent d'actions de prévention collectives et hors du système de soins, en particulier les taxes comportementales et les réglementations sur l'alimentation et l'environnement. Des actions préventives dans le champ sanitaire sont également efficaces : conseils pour l'arrêt du tabac, certaines vaccinations ou campagnes de dépistage... Les co-bénéfices des interventions en matière de santé humaine, animale et des écosystèmes renouvellent aujourd'hui l'approche des politiques de prévention. La recherche et l'évaluation dans ces domaines doivent être développées.

L'organisation mondiale de la santé (OMS), « reconnaissant que 86 % de l'ensemble des décès et que 77 % de la charge de morbidité sont imputables aux maladies non transmissibles dans la Région européenne » et que la charge de ces maladies peut être nettement réduite par la prévention, recommandait en 2006 « de considérer la prévention tout le long de l'existence de l'individu comme un investissement efficace exerçant un impact majeur sur le développement social et économique de la société, et de réaffecter les ressources en conséquence »¹.

Cet article présente une analyse critique des raisonnements, travaux d'évaluation et de recherche qui sous-tendent ces recommandations.

Il montre que le champ de la prévention et celui de ses impacts sont potentiellement extrêmement vastes, et l'horizon temporel de son action souvent lointain (1), rendant d'autant plus nécessaire, pour une bonne allocation des dépenses publiques, son évaluation économique (2). Si la question des méthodes pour mener ces évaluations soulève des enjeux à la fois techniques, éthiques et politiques (3), les résultats publiés au plan international sont nombreux et permettent d'identifier les actions efficaces et efficaces (4). Toutefois, sur des sujets importants, des questions demeurent sur le choix des actions à mener (5) et sur les leviers de développement de ces approches (6).

I- LA PRÉVENTION EST UN CONCEPT MULTIFORME

La prévention regroupe l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps. La classification classique distingue : la prévention primaire, visant à diminuer l'incidence des maladies, des accidents ou des handicaps dans une population (vaccination, prévention des conduites individuelles à risque, prévention des risques environnementaux et sociétaux...); la prévention secondaire, qui cherche à stopper ou retarder l'évolution d'une maladie et qui recouvre les actions en tout début d'apparition comme les dépistages organisés; la prévention tertiaire, qui intervient après la survenue de la maladie, où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques, complications, ou rechutes liées à cette maladie ou son traitement.

Cette classification peut rencontrer des zones de chevauchement, et se décline parfois de façon différente selon les affections². Par exemple, la lutte contre le tabagisme relève de la prévention primaire quand elle s'adresse à des personnes en bonne santé, de la prévention secondaire chez les personnes asymptomatiques mais présentant des altérations précancéreuses des cellules des crachats, et de la prévention tertiaire chez les patients atteints d'angine de poitrine. Par ailleurs, la frontière entre la prévention tertiaire et le curatif est très floue. Ainsi, actions préventives et curatives s'inscrivent dans un continuum.

Une seconde option, souvent plus opérationnelle pour les raisonnements sur l'économie de la prévention, consiste à classer les interventions préventives en fonction de leur caractère individuel (comme la prise en charge de l'obésité ou les traitements

médicamenteux) ou collectif (comme les mesures fiscales ou les normes touchant l'industrie agro-alimentaire), et en distinguant, au sein des actions collectives, celles menées hors système de soins et celles impliquant le système de soins.

À ces notions, s'ajoutent la promotion de la santé et l'éducation pour la santé. La Charte d'Ottawa, établie à l'issue de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé en 1986 et ratifiée par la France, précise que la promotion de la santé a pour but de « donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer ». Elle liste des préalables indispensables à la santé, notamment se loger et se nourrir convenablement, accéder à l'éducation, bénéficier d'un certain revenu, d'un écosystème stable... Enfin, l'éducation pour la santé comprend tous les moyens pédagogiques susceptibles de faciliter l'accès des individus ou des collectivités aux connaissances utiles pour leur santé et de permettre l'acquisition de savoir-faire permettant de la conserver et de la développer.

Par toutes ces catégories d'actions, l'objectif est d'agir sur les déterminants de santé, individuels et collectifs.

Le champ de la prévention est donc large. Une difficulté est qu'il est même potentiellement infini, dans la mesure où toutes les dimensions des comportements humains, individuels et collectifs, ont un impact sur la santé. Par exemple, la santé humaine dépendant du bon état des systèmes naturels (l'air, l'eau, la biodiversité, le climat), le champ de la prévention peut s'étendre à celui des mesures visant à préserver la santé du vivant et de l'environnement³.

II- QUELS SONT LES ENJEUX DE L'ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ ÉCONOMIQUE DE LA PRÉVENTION ?

La notion d'efficacité économique, prise littéralement, invite à comparer les coûts des actions de prévention aux économies voire aux ressources qu'elles génèrent. Or, le champ des effets économiques d'une amélioration de la santé (liée à la prévention) est potentiellement très vaste lui aussi. Il englobe les soins curatifs évités bien sûr, mais aussi l'augmentation du niveau d'éducation, de la participation au marché du travail, de la longévité. Les économies et ressources à prendre en compte s'étendent donc potentiellement aux dépenses curatives, de protection sociale (chômage, invalidité, handicap, retraites...), éducatives, ainsi qu'aux effets d'un accroissement de la productivité du travail pour les classes d'âge actives.

Un tel raisonnement strictement économique, sous-tendu par l'idée que les dépenses se justifient uniquement si elles sont financièrement rentables, est assez courant dans le champ de la prévention. Ainsi, une revue de littérature internationale étudie le retour sur investissement des dépenses de santé publique, et conclut que la baisse de ces dépenses liée aux politiques d'austérité budgétaire constitue un mauvais calcul économique, ceci même sans valoriser l'effet de ces dépenses sur les années de vie gagnées et la qualité de vie liée à la santé (cf. partie 4)⁴.

1 OMS, Comité de l'Europe, *Résolution Prévention et lutte contre les maladies non transmissibles dans la Région européenne de l'OMS*, 2000

2 T. Renaud, C. Sermet, Les dépenses de prévention en France, Estimation à partir des Comptes nationaux de la santé en 2002, IRDES, 2008

3 S. Myers et H. Frumkin, *Santé Planétaire - Soigner le vivant pour soigner notre santé*, Ed. Rue de l'Echiquier, 2022

4 R. Masters et al. « Return on investment of public health interventions: a systematic review », *J Epidemiol Community Health* 2017, 71:827-834

Cette approche est moins fréquente dans le champ des dépenses curatives, pour lesquelles les raisonnements économiques portent généralement sur l'efficacité, c'est-à-dire sur la façon d'améliorer la santé à moindre coût. Il est rare d'envisager, comme on le fait pour la prévention, de ne pas financer des traitements efficaces au motif qu'ils se traduisent par des dépenses publiques nettes, sans tenir compte de leur impact positif pour la santé de la population (et même lorsque le calcul d'efficacité conclut à un coût très élevé par année de vie gagnée en bonne santé, si l'efficacité thérapeutique est avérée, le traitement est financé). Un tel raisonnement conduirait par exemple à ne pas soigner les retraités atteints de maladies dont l'évolution naturelle est le décès à court terme.

Ce contraste dans la façon d'aborder les dépenses préventives et curatives illustre notre préférence collective pour le présent, notre sensibilité plus grande aux problèmes qui sont matérialisés aujourd'hui et donc notre disposition plus grande à payer pour les résoudre. Les premiers mois de gestion de la crise Covid, en France et ailleurs, sont emblématiques à cet égard : les morts immédiates (de personnes souvent âgées) évitées par le confinement ont été peu mises en regard des décès que l'application du confinement au système de soins allait engendrer⁵ ou des « vies perdues » ou « abîmées » par ses effets sur l'éducation et la précarité⁶.

Dans l'idéal, l'ensemble des actions visant à améliorer la santé, qu'elles soient préventives ou curatives, devraient être évaluées avec un cadre conceptuel médico-économique identique, d'autant que ce cadre permet de prendre en compte la préférence pour le présent via un coefficient d'actualisation appliqué aux dépenses et gains futurs. Le champ potentiellement infini des actions impactant la santé constitue une difficulté évidente pour l'application de ce principe général, même si des travaux méthodologiques se développent aujourd'hui pour réduire la portée de ces difficultés. Ces points sont développés dans la partie suivante.

III- LA DISCUSSION SUR LA MÉTHODOLOGIE EST À LA FOIS TECHNIQUE, ÉTHIQUE ET POLITIQUE

Les options méthodologiques ont un impact sur l'interprétation et l'utilisation des résultats. Aussi est-il important d'avoir à l'esprit les principaux sujets de débat.

En premier lieu, la mesure du résultat permet de juger l'efficacité d'une intervention (les actions jugées inefficaces pouvant être d'emblée exclues). Elle peut s'opérer par divers indicateurs : le nombre de vies gagnées (à court terme) ; le nombre d'années de vie gagnées ; le nombre d'années de vie gagnées pondérées par la qualité de vie (QALY : quality-adjusted life years) où un coefficient issu d'échelles de mesure de la qualité de vie (sur les dimensions de douleur, d'autonomie, de souffrance psychique...) vient pondérer les années de vie ; ou encore le nombre d'années de vie pondérées du facteur d'invalidité (DALYs : disability-adjusted life years) ; cet indicateur, développé par l'OMS, consiste à faire la somme de la **durée de vie avec handicap** (en pondérant les années de vie par un coefficient d'incapacité qui varie de 0 (bonne santé) à 1 (décès)) et du nombre d'**années de vie perdues par décès précoce** par rapport à l'**espérance de vie** attendue.

5 S. Labaune et J.Y. Paillé, *Les retards de soins : la bombe à retardement*, Ed. Asclépiades, 2023

6 D. Fassin, « Lectures de la pandémie », *Cours du Collège de France*, 2021

La Haute autorité de santé (HAS) préconise le recours à l'analyse coût-efficacité (ACE, l'efficacité étant définie comme le nombre d'années de vie gagnées) ou l'analyse coût-utilité (ACU, l'utilité étant définie comme le nombre de QALY gagnées) pour tous les programmes de santé, préventifs ou curatifs. Notons que cette façon d'opérer évite de se poser le problème de la valorisation en euros de la vie ou de l'année de vie gagnée, qui soulève des questions spécifiques.

Ceci dit, dans un autre cadre (analyses coût-bénéfice), peuvent aussi être valorisées les années de vie gagnées ou l'amélioration de la qualité de vie.

Sont mesurées ici les conséquences directes pour l'état de santé et le bien-être des individus, mais des bénéfices collatéraux peuvent s'ajouter ; on parle de co-bénéfices, à court, moyen ou long terme. En effet, certains programmes sont bénéfiques à la fois pour la santé et l'environnement : limitation de l'usage des pesticides ou de perturbateurs endocriniens, lutte contre la pollution de l'air, contre l'alimentation transformée, encouragement des mobilités actives... La prise en compte et la valorisation de ces co-bénéfices sont très récentes. Les évaluations socio-économiques visent à rendre commensurables les coûts et les impacts des interventions dans différents domaines (santé, environnement...), en attribuant une valeur monétaire à ces impacts⁷.

Dans le domaine des coûts, d'autres difficultés peuvent survenir. Il est aisé de comptabiliser les dépenses consenties dans le système de soins, ou même les coûts d'une mesure réglementaire (fluoration de l'eau, étiquetage nutritionnel...), mais il peut s'avérer très complexe d'estimer le coût d'une mesure environnementale comme, par exemple, le coût d'une réduction de moitié du taux de particules fines dans l'air en Île de France, au regard du nombre très important de mesures et de contraintes à mettre en place pour un tel objectif.

Un autre point de discussion est l'horizon du calcul. Les actions de prévention demandent souvent des dépenses de court terme pour des gains de moyen et long terme, même s'il existe des exceptions, comme les actions menées dans le domaine de la sécurité routière. Le raisonnement s'opère alors sur la vie entière (par modélisation, même si l'utilisation de cohortes avec une grande profondeur temporelle, comme les grandes cohortes américaines, permet de tirer des enseignements issus de l'observation en vie réelle). Se pose alors le problème du taux d'actualisation retenu : une dépense ou un gain dans 20 ans n'a pas la même valeur que dans 1 an ; le choix du taux peut faire varier notablement un résultat (c'est un facteur faisant en général l'objet d'une analyse de sensibilité)⁸.

On calcule ensuite le ratio entre le différentiel de coût d'une action donnée versus un comparateur, et le différentiel de résultat. Ce ratio différentiel coût-résultat (RDCR) s'exprime donc comme une dépense supplémentaire consentie pour un gain de QALY (ou de DALY). La valeur obtenue se compare à un seuil de référence (par exemple au Royaume-Uni, il est considéré qu'au-delà de 30 à 50 000 £ (fourchette prenant en compte le degré de sévérité), le produit ou service est trop coûteux pour être financé par le National Health Service (NHS)), ou, si comme en France on se refuse à fixer

7 Rapport du groupe de travail présidé par B. Dervaux et L. Rochemaux, 2022, France stratégie, Secrétariat général pour l'investissement, Ministère de la transition écologique : *L'évaluation socioéconomique des effets de santé des projets d'investissement public*, 2022.

8 Toutes ces questions de méthode sont présentées dans le référentiel de la HAS, publié en 2011 et révisé en 2020, sur la méthodologie attendue des évaluations médico-économiques. Elle y préconise le recours au taux d'actualisation public en vigueur au moment de l'évaluation (fixé à 2,5 % au moment de l'édition du guide ; le taux d'actualisation décroît après 30 ans jusqu'à 1,5%).

un tel seuil, aux valeurs obtenues dans des programmes comparables pour identifier l'approche efficiente. C'est cette vision qui prévaut en général dans les calculs d'efficacité des actions de prévention.

Ces méthodes, inspirées du calcul utilitariste, visent la maximisation de la somme des gains individuels en santé et non la réduction des inégalités de santé. Elles donnent une forte priorité aux actions ciblant les personnes jeunes, pour lesquelles ces actions génèrent potentiellement un grand nombre d'années de vie gagnées. Des méthodes alternatives permettent, en fonction de choix éthiques, de donner un poids identique à tous les âges (en rapportant le gain d'espérance de vie d'une intervention pour son bénéficiaire à l'espérance de vie dont bénéficie un individu du même âge dans la population générale) ou de prioriser l'amélioration de la santé des plus mal lotis⁹. De fait, souvent les actions de prévention viennent aggraver les inégalités de santé¹⁰, ces actions touchant d'abord les personnes les plus éduquées. Les personnes éloignées du soin sont tout aussi éloignées de la prévention, et les politiques de « aller vers » sont rarement déployées. Le concept d'universalisme proportionné¹¹ vise à faire bénéficier l'ensemble de la population d'une intervention tout en proportionnant les efforts aux besoins des différents groupes sociaux.

Une dernière difficulté à mentionner réside dans le coût élevé de ces évaluations et les moyens nécessaires pour les réaliser; la HAS elle-même produit un nombre limité de telles analyses chaque année dans le domaine de la santé publique (une ou deux). En conséquence, comme développé plus bas, ce sont des analyses menées dans d'autres pays qui sont mobilisées, alors qu'elles sont parfois non transposables dans le système de soins français.

Au total, ces méthodes sont très utiles pour éclairer les décisions en matière de politiques de santé, même s'il ne faut pas en faire le critère unique de choix d'un programme de santé, d'autres considérants, tels que la faisabilité, l'acceptabilité sociale, l'équité entrant en jeu.

IV- LES RÉSULTATS PUBLIÉS AU PLAN INTERNATIONAL SONT NOMBREUX ET PERMETTENT D'IDENTIFIER LES ACTIONS EFFICACES ET EFFICIENTES

Plusieurs revues ont été publiées pour dresser la synthèse des actions efficaces, sur la base de nombreux travaux menés en particulier dans les pays anglo-saxons. Les résultats sont en général concordants.

Une revue australienne de 2010¹² a ainsi procédé à une évaluation médico-économique de 150 interventions préventives sur différentes pathologies afin de juger de leur pertinence en termes de coût-efficacité. Les impacts sur la santé et les coûts d'intervention ont été classés en trois catégories : faibles / moyens / élevés. Les interventions ont pu alors être classées en cinq catégories : dominantes, efficaces et très efficaces, efficaces et efficientes, efficaces et inefficaces, dominées.

9 C. Thébaud et J Wittwer « L'évaluation économique en santé au prisme de l'économie normative : principes allocatifs et règles de priorisation », *RFAS*, 2017, 3 :169-191

10 L. Hartmann, J. de Kervasdoué, « Santé : Evaluer la prévention », *Revue d'Economie financière* 2021, 3 :143-157

11 The Marmot Review, *Fair Society, Healthy Lives*, 2010

12 Vos T., Carter R., Mihalopoulos C., Veerman L., Magnus A., Cobiac L. et al., *Assessing Cost-Effectiveness in Prevention*. Brisbane, Melbourne: University of Queensland and Deakin University, 2010

Par exemple, la taxation de 30 % sur les alcools est cotée très favorablement sur l'impact sur la santé, pour un coût annuel forcément tout aussi favorable. Par contre, l'usage d'une « polypill » intégrant un hypotenseur et un réducteur du cholestérol a un impact positif sur la santé, mais à un coût très élevé. Autre exemple : une campagne dans les médias en faveur de l'activité physique est cotée dans une position moyenne aussi bien pour l'impact sur la santé que sur les coûts de mise en œuvre, et ce alors que le niveau de preuve est non conclusif.

Au total, 21 interventions ont été classées comme dominantes, dont la taxation de l'alcool et du tabac, l'interdiction de la publicité sur l'alcool, la limitation de la quantité de sel dans les produits alimentaires transformés, une taxe de 10 % sur les aliments sans intérêt nutritionnel, la vaccination ciblée sur les populations à risque pour l'hépatite B, la recherche de maladie rénale chez les diabétiques, l'intervention après tentative de suicide, la fluoration de l'eau de boisson, la promotion de la consommation de fruits et légumes... Ces mesures, qui permettraient de gagner un million de DALYs sur l'ensemble de la vie de la population australienne, coûteraient 4,6 milliards de dollars australiens, mais pourraient permettre d'économiser 11 milliards de dépenses de santé d'après les simulations réalisées par les auteurs. 14 % de la dépense devraient être investis la première année. Les auteurs recommandent de combiner plusieurs mesures pour observer davantage d'impact.

Une autre revue¹³ recense 599 études publiées entre 2000 et 2005 fournissant 1 500 ratios coût-efficacité dont 279 concernent des actions préventives. Les auteurs soulignent que les distributions des ratios coût-efficacité diffèrent peu entre les mesures préventives et les traitements curatifs : 7 % des traitements curatifs génèrent des coûts supplémentaires en détériorant l'état de santé alors que cette proportion est égale à 3 % pour les mesures de prévention incluses dans l'échantillon d'études; et d'un autre côté, 19 % des études concernant la prévention sont « bénéficiaires » (« cost-saving ») contre 18 % des études sur des traitements. De fait, l'évaluation est à chaque fois nécessaire, une action de prévention n'étant pas automatiquement efficiente. Globalement, l'efficacité d'une action de prévention dépend de trois facteurs principaux pour les auteurs : cible couverte (les mesures efficaces ciblent les populations les plus à risque, par exemple les femmes enceintes pour l'arrêt du tabac), fréquence de l'action (par exemple des dépistages fréquents sont plus efficaces mais moins efficaces), efficacité intrinsèque de l'action. Certains examens systématiques peuvent ainsi générer des dépenses médicales supplémentaires sans gain médical suffisant. C'est le cas par exemple du dépistage du cancer de la prostate par dosage de PSA¹⁴.

La revue de littérature internationale sur le retour sur investissement des actions de santé publique citée précédemment conclut à un retour médian très favorable, de 14 pour 1. Les actions nationales s'avéraient plus efficaces que les actions locales, notamment les actions législatives et normatives : taxation des boissons sucrées, contrôle du plomb dans les peintures, ... À noter quelques actions impliquant le système de soins dont le retour sur investissement dépasse 4 pour 1 : services

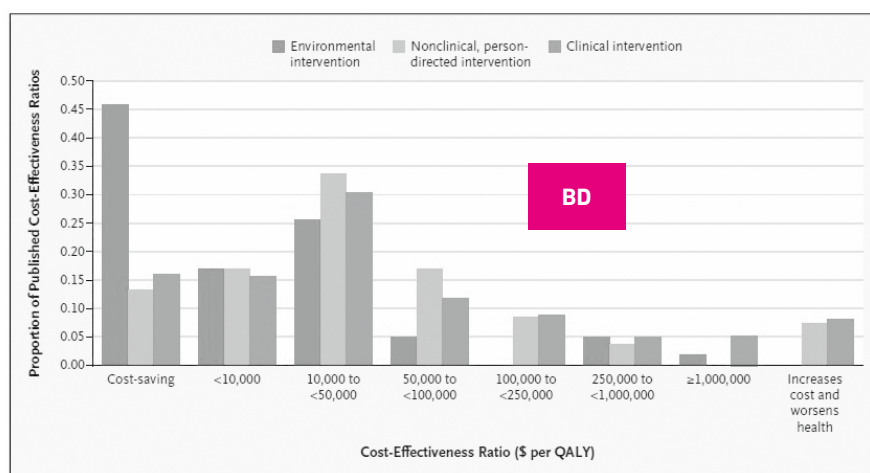
13 J.T. Cohen et al., « Does Preventive Care Save Money? Health Economics and the Presidential Candidates », *NEJM* 2008, 358,7. Dans cet article, seule la prévention primaire est définie comme action préventive, les actions de prévention secondaire et tertiaire étant classées parmi les traitements curatifs.

14 A. Shteynshlyuger, G.L. Andriole, « Cost-effectiveness of prostate specific antigen screening in the United States: extrapolating from the European study of screening for prostate cancer », *J Urol*, 2011, 185: 828-832. Dans cette étude, il apparaît que le coût sur la vie entière pour prévenir un décès par cancer de la prostate était de 5 millions de dollars, soit de l'ordre de 260 000 \$ par année de vie gagnée.

proposés par les pharmaciens sur l'observance thérapeutique, actions de promotion de la santé sur le lieu de travail, mesure de la pression artérielle à domicile... D'autres actions de prévention ont aussi un retour sur investissement positif y compris à court-moyen terme : prévention des chutes chez les personnes à risque, vaccination, arrêt du tabac, ...

Au total, de nombreuses actions dominantes relèvent de politiques hors système de soins, en particulier les politiques fiscales pour diminuer la consommation de tabac ou d'alcool, ou pour orienter le consommateur vers une alimentation saine, ainsi que les réglementations sur l'alimentation (comme la diminution du taux de sel dans les aliments transformés) et l'environnement (comme le contrôle du plomb pour prévenir le saturnisme, ou l'amélioration des infrastructures pour favoriser la marche ou l'utilisation des vélos en ville). Ces mesures réduisent la mortalité et ont un coût net très bas, étant même souvent « bénéficiaires ».

De fait, comme l'indique le graphique ci-après¹⁵, les actions hors système de soins sont fréquemment « cost-saving ». Y sont distinguées les actions portant sur l'environnement à visée collective (taxes, fluoration de l'eau...) et celles visant les individus, et parmi ces dernières, les actions relevant de la clinique (ex : dépistage du cancer du sein) et les autres (ex : programme d'échange de seringues). Un total de 2 815 analyses coût-efficacité publiées jusqu'à 2011 a été passé en revue, pour retenir en fin de compte après sélection 401 études de prévention en clinique, 37 études d'interventions non-cliniques et 31 études d'interventions collectives. Le graphique les classe selon la valeur du ratio coût-efficacité (en abscisse). Les études à visée collective sont majoritairement dans les tranches basses de ce ratio. Le faible coût par personne d'implémentation de ces actions (a fortiori lorsqu'il s'agit de taxes) rend compte de cette position favorable.



Cost-Effectiveness of Categories of Preventive Interventions.

15 D.A. Chokshi, T.A. Farley, « The cost-effectiveness of environmental approaches to disease prevention », *NEJM* 2012, 367:295-297

Des actions concernant cette fois le système de soins apparaissent également efficaces dans plusieurs études concordantes, par exemple : conseils aux adultes d'arrêt du tabac, vaccinations pédiatriques, vaccination antigrippale... Les campagnes de dépistage de certains cancers, comme celui du côlon, constituent d'autres exemples d'actions efficaces. Elles le sont dans la mesure où elles permettent de dépister des cancers à des stades plus précoces, occasionnant des dépenses moins élevées par patient et ayant un impact très favorable sur l'évolution de la maladie¹⁶, ce qui légitime le coût du programme. La démonstration a été faite aussi pour le dépistage du cancer du col de l'utérus¹⁷ où l'intervention permet de gagner des années de vie tout en dépensant moins dans la prise en charge des patientes.

Les impacts les plus significatifs d'actions de prévention sont observés lorsqu'une palette de mesures sont mises en œuvre simultanément. En pratique, les politiques de prévention les plus fréquemment mises en œuvre via des mesures multiples dans les différents pays portent sur la prévention des accidents de la route, la lutte contre le tabagisme et la lutte contre la consommation excessive d'alcool, c'est-à-dire trois des principaux facteurs rendant compte de la mortalité prématurée évitable (les politiques menées sur l'alimentation ou la qualité de l'environnement, tout en motivant de nombreux discours, sont très en retrait en comparaison).

Un rapport de synthèse sur l'évaluation économique des mesures de prévention en Suisse de l'Université de Neuchâtel¹⁸ montre que les investissements réalisés dans ces trois programmes de prévention sont très rentables en termes de retour sur investissement (RSI). Les bénéfices totaux sont entendus dans une perspective sociale, englobant les frais médicaux, les pertes de revenu et les coûts intangibles (perte de qualité de vie liée à la maladie, à l'invalidité et à la mort prématurée).

Sur ces thèmes, la position française présente un tableau contrasté, avec un grand succès en matière de sécurité routière (le nombre de morts sur les routes de France a été divisé par plus de 3 en l'espace de 30 ans), un succès relatif (i.e. des progrès, mais à un rythme moindre que dans d'autres pays) pour la lutte contre le tabagisme et une baisse de la consommation excessive d'alcool (baisse de la consommation de vin, quatre fois moins qu'il y a soixante ans) alors que l'intensité des actions a été moindre que dans les deux autres cas¹⁹. La question des meilleurs moyens de modifier les comportements est évidemment essentielle, l'interaction des différents déterminants étant complexe²⁰.

16 T Renaud et al., « Impact des pratiques médicales sur le coût de prise en charge du cancer. Le cas du cancer du côlon en Ile-de-France », *Pratiques et Organisation des Soins* 2008/4 (Vol. 39), 283-295.

17 Mei-Chuan Hung et al. « Estimating of savings of life-years and cost from early detection of cervical cancer: a follow-up study using nationwide databases for the period 2002-2009 », *BMC Cancer*, 2014, 14:505.

18 S. Wieser et al., *Rapport de synthèse – Evaluation économique des mesures de prévention en Suisse de l'IRENE*, Université de Neuchâtel, février 2010

19 C. Ben Lakhdar, « L'efficacité des politiques publiques : trois cas (sécurité routière, tabac, alcool) et quelques questions », Terra Nova, La Grande conversation, novembre 2022

20 Discussion par F. Bourdillon, « Changer les comportements de santé : comment marche l'action publique ? Une réponse à Christian Ben Lakhdar », Terra Nova, La Grande conversation, novembre 2022

V- TOUTEFOIS, SUR DES SUJETS IMPORTANTS, LE CHOIX DES ACTIONS À MENER RESTE EN DÉBAT

Deux exemples peuvent être pris

Dans le domaine de l'éducation thérapeutique du patient, il est démontré qu'un programme d'accompagnement complet (documentation, séances d'éducation individuelles ou collectives, accompagnement téléphonique par une infirmière...) de type « disease management » a des impacts médicaux plus favorables que des programmes ne comprenant qu'un type d'actions, mais à un coût élevé par patient²¹. Et il reste discuté de savoir de combien on peut abaisser l'intensité du programme sans perdre les bénéfices. L'exemple du programme Sophia de suivi des diabétiques en France, initié et piloté par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), tend à indiquer que les effets d'un programme allégé sont modestes²². En outre, dans ce programme comme dans de nombreux exemples de la littérature, il est observé une réduction de l'effet dans le temps dès lors que les actions s'arrêtent ou diminuent en intensité. Aussi, le débat est complexe, d'autant plus que l'évaluation de tels programmes est longue et coûteuse, limitant ce type de recherches et ne permettant pas de fournir toute l'information pertinente aux décideurs.

Un autre domaine difficile est celui de l'alimentation, du surpoids et de l'obésité. Au regard de l'augmentation constante et régulière du taux de personnes en surpoids dans les pays développés, on ne peut que constater l'échec des mesures prises jusqu'à présent pour contrecarrer ce phénomène. L'étude de référence à ce jour est celle de l'Organisation pour la coopération et de développement économique (OCDE) sur l'obésité et l'économie de la prévention²³ qui effectue une analyse de l'efficacité et du ratio coût-efficacité des différentes stratégies de prévention dans le domaine de la nutrition, la sédentarité et l'obésité. De nombreux types d'interventions sont étudiés : mesures fiscales, campagnes dans les médias, étiquetage nutritionnel, mesures d'autorégulation de la publicité alimentaire, interventions dans les milieux scolaires et professionnels, accompagnement intensif par un médecin et un diététicien. D'un point de vue économique, en prenant en compte le coût de ces interventions, les mesures fiscales sont efficaces puisqu'elles sont même « bénéficiaires ». À partir du critère DALY par million d'habitants, la mesure d'accompagnement intensif par un médecin et diététicien est jugée la plus efficace ; lorsqu'on regarde l'effet cumulé dans le temps, ce suivi intensif a un impact trois fois plus important que le suivi par un médecin seul ou les mesures fiscales. Mais il s'agit aussi de l'intervention la plus coûteuse. Cependant, les ratios coût-efficacité sont favorables à court terme pour cette intervention, de même que pour l'étiquetage nutritionnel et les campagnes dans les médias (pour les autres interventions, il faut attendre quelques décennies pour avoir un ratio passant sous les 50 000 \$ par DALY). Ces ratios sont d'autant plus favorables que différents types d'interventions sont combinées et qu'on raisonne sur le temps long.

21 PL Bras, G. Duhamel, E. Grass, *Améliorer la prise en charge des maladies chroniques : les enseignements des expériences étrangères de « disease management »*, IGAS, Rapport, septembre 2006

22 Voir les différentes évaluations de ce programme : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/etudes-publications/assurance-maladie/evaluations-service-accompagnement-des-patients-sophia>

23 F. Sassi et al. *Improving Lifestyles, Tackling Obesity: The Health and Economic Impact of Prevention Strategies*, OCDE, document de travail n° 48, 2009

Dans cet esprit, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) avait souligné, dans un rapport de juin 2018²⁴, l'importance d'inscrire les actions de prévention et d'éducation pour la santé dans le domaine de l'obésité dans le droit commun, au sein du système de soins, en prévoyant l'accès remboursé à une diététicienne et/ou une psychologue et/ou une activité physique adaptée et/ou des séances d'éducation thérapeutique, en fonction des besoins, dès lors qu'un plan personnalisé et coordonné de soins a été établi entre le patient et son médecin traitant après un bilan initial : « soins et prévention doivent être pensés conjointement ». Une organisation proche de ce schéma général a été expérimentée par la Cnam, puis dans le cadre des expérimentations dites « article 51 de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2018 », pour les enfants de 2 à 16 ans : le projet Obepedia, proposé aux enfants souffrant d'obésité sévère. L'évaluation est en cours.

Cette orientation est porteuse de progrès dans la prise en charge des personnes concernées, notamment afin de limiter les comorbidités induites à moyen terme par l'obésité, mais à un coût élevé par patient. Cette situation illustre la nécessité, dans certains cas, d'accroître les moyens engagés à court terme pour un gain à moyen et long terme, en termes d'état de santé comme en termes économiques. Ce type d'engagement demande que l'efficacité de l'action soit démontrée.

Par ailleurs, de tels programmes centrés sur un suivi assez intense, multidisciplinaire, des personnes, n'empêchent pas de mobiliser les mesures hors système de soins comme la taxation des aliments néfastes pour la santé, l'étiquetage nutritionnel, le contrôle de la publicité, la réglementation sur le taux de sel, etc. Autant de mesures dont l'efficacité est largement documentée.

VI- QUELS SONT LES LEVIERS DE DÉVELOPPEMENT DE CES APPROCHES ?

La France est très en retrait sur ce type d'évaluation et de recherche²⁵. Elle dépend des études réalisées dans les pays anglo-saxons, dont les systèmes de soins et organisations sociales sont notablement différents, les résultats ne pouvant pas forcément être transposés. Aussi, ce champ de recherche devrait être promu dans les universités françaises, en encourageant la création d'équipes pérennes sur ces thématiques (sans se contenter d'appels à projets ponctuels).

Pour initier cette orientation, il manque visiblement la conviction que ces approches sont nécessaires et pertinentes. Il est classique d'observer que la prévention est, en France comme dans de nombreux pays, le parent pauvre des politiques publiques. Même si dans certains domaines des efforts sont déployés, c'est souvent sans plan d'ensemble, sans réflexion sur les actions les plus efficaces et/ou efficaces. Alors que la recherche dans ce domaine vise justement à déterminer quelles sont les actions de prévention efficaces et parmi celles-ci, lesquelles sont efficaces, il arrive que des actions moyennement (ou pas du tout) efficaces soient retenues par

24 F. Alla, R. Cash, S. Danet, *Rapport sur l'organisation et le financement de la prévention de l'obésité dans le système de soins*, HCAAM, juin 2018

25 Par exemple, pour la requête PUBMED (au 15 mars 2023) « preventive health services[Mesh terms] AND economics[Mesh terms] », on obtient 41 557 résultats dont 790 pour la France (1,9%) ; pour « preventive health services[Mesh terms] AND efficiency[Mesh terms] », on obtient 1 090 résultats, dont 19 pour la France (1,7%)

les pouvoirs publics malgré un coût élevé parce que ce sont les seules identifiées et/ou celles politiquement aisées à mettre en place. Les études de type coût-efficacité ou coût-bénéfice ne sont pas intégrées par les décideurs dans le processus décisionnel, une des raisons étant qu'elles ne sont pas disponibles sur de nombreux sujets.

Il faut aussi rappeler que l'impact de beaucoup de mesures de prévention s'inscrit dans une temporalité longue, qui le rend difficilement lisible pour les initiateurs. Les bénéfices économiques de la prévention sont souvent postérieurs aux dépenses engagées, de sorte que, pendant une certaine période, il est nécessaire d'affronter les coûts concomitants des programmes de prévention et des consommations de soins de patients dont on n'a pas pu prévenir la pathologie dans le passé.

Pourtant, comme nous l'avons vu, un programme de prévention bien conçu et bien ciblé peut s'avérer bien plus efficace que de nombreux traitements curatifs – même si cette efficacité n'est pas acquise d'emblée et doit être évaluée au cas par cas.

Enfin, comme il a été souligné plusieurs fois, la prévention ne concerne pas que le système de soins, mais doit s'envisager sur une large palette d'activités. Cet élargissement prend deux directions : « la santé dans toutes les politiques », assumant que les politiques du logement, de l'éducation, des transports, de l'environnement, etc. sont toutes aussi importantes pour préserver et améliorer la santé de la population ; et « une seule santé », appréhendant dans la même réflexion santé humaine, santé animale et santé des éco-systèmes, tant les trois domaines sont liés. Nous avons vu l'exemple des co-bénéfices possibles d'actions de prévention pouvant améliorer à la fois la santé et les émissions de gaz à effet de serre. Les exemples de telles approches sont multiples (prévention de l'antibiorésistance, prévention des zoonoses...). Elles supposent une approche interministérielle qui donne un haut niveau de priorité aux politiques favorables à l'environnement et à la santé.

De l'espérance de vie à l'espérance de vie sans incapacité : l'enjeu de la prévention et de la prise en charge

Par **Emmanuelle Cambois**, directrice de recherche à l'Institut national d'études démographiques (Ined)



Emmanuelle Cambois est directrice de recherche à l'Institut national d'études démographiques (Ined) où elle conduit des recherches sur l'état de santé des populations, dans le contexte du vieillissement démographique. Elle analyse les différences, selon le statut socioprofessionnel ou le sexe, dans les chances de vieillir en bonne santé, en mobilisant diverses dimensions de la santé et en privilégiant les approches « parcours de vie ». Par ailleurs, elle dirige depuis 2018 l'Institut de la Longévité, des Vieillesse et du Vieillessement, qui œuvre pour faire connaître les recherches en sciences humaines et sociales de ce champ et promouvoir l'interdisciplinarité.

I- CONSÉQUENCES DU VIEILLISSEMENT POUR LA SANTÉ PUBLIQUE

I.1/ Les liens entre longévité et santé

En ce début de XXI^e siècle, la France se situe dans le peloton de tête mondial de la longévité, avec une espérance de vie à la naissance de plus de 85 ans pour les femmes et presque 80 ans pour les hommes. Les espérances de vie à la naissance et à 60 ans, augmentent encore, même si des fluctuations sont observées ; c'est aux grands âges que se font dorénavant la plupart des gains. En termes d'années « restant à vivre », les septuagénaires d'aujourd'hui sont semblables aux « sexagénaires » du début des années 1950 [1]. Qu'en est-il en termes de conditions de vie et, plus précisément, de santé, alors que celle-ci tend à décliner fortement avec l'âge ? Cette question est d'un intérêt capital pour les individus ; l'enjeu pour chacun est que sa santé lui permette de maintenir le plus longtemps possible ses capacités à effectuer, en toute indépendance, ses activités quotidiennes et à préserver son autonomie. L'intérêt est crucial pour la santé publique, pour organiser la prévention, les soins et la prise en charge des maladies, des incapacités et de la perte d'autonomie. Au-delà de la santé publique, cette problématique est transverse à la plupart des politiques de protection sociale : les conditions de vie, de travail et de santé, vécues tout au long du parcours, jouent sur les vies familiales et professionnelles, les fins de carrière, puis sur les chances de vieillir en bonne santé.

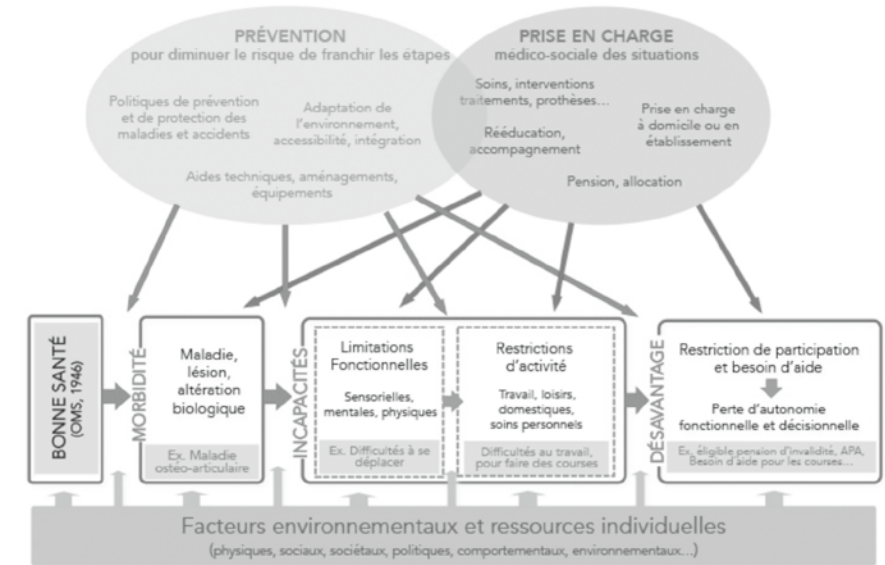
Les liens entre longévité et santé sont complexes, car des dynamiques contraires sont en jeu. D'abord, la baisse de la mortalité est liée à des progrès sanitaires, médi-

caux et sociaux qui conduisent une partie de la population à vieillir en bonne santé. Parallèlement, ces progrès permettent le dépistage et les soins et offrent de meilleures chances de survie avec certaines maladies, affectant parfois la qualité de vie. Enfin, une mortalité basse amène une part de la population aux âges élevés, auxquels surviennent des maladies invalidantes (ex. neurodégénératives). Ainsi, les années de vie gagnées peuvent être à la fois des années sans incapacité (certains étant mieux protégés des risques de maladies) et des années avec des incapacités (certains vivants plus longtemps avec des maladies invalidantes). Par ailleurs, ces dynamiques varient au sein de la population, entre groupes sociaux, territoriaux, etc. Les progrès (ou les crises) sanitaires n'atteignent pas toujours, ou pas simultanément, l'ensemble de la population [2]. Les groupes de population sont diversement exposés aux risques de maladies et d'incapacité en fonction des conditions de vie ou d'accès aux soins et à la prévention. Dans ce contexte, l'analyse des conséquences de l'allongement de l'espérance de vie doit s'appuyer sur des indicateurs appréhendant à la fois les dynamiques concurrentes et les différents contextes, individuels et collectifs, dans lesquels elles se développent.

I.2/ Conceptualiser les liens longévité-santé et le rôle de la santé publique

Dans les années 1970 et 1980, trois théories ont conceptualisé ces dynamiques « contraires ». La première supposait que le vieillissement conduirait à une pandémie des maladies du grand âge, notamment neurodégénératives, donc à une expansion des années d'incapacité au sein de l'espérance de vie [3]. La deuxième prévoyait des progrès abaissant simultanément les risques de mortalité et de mauvaise santé ; ceci se traduirait par une compression du nombre d'années avec des incapacités, dans une espérance de vie maximale [4]. La troisième théorie décrivait un équilibre dynamique entre une augmentation des années vécues avec des troubles fonctionnels, fréquents aux grands âges, et une diminution de leurs conséquences sur la qualité de vie [5]. Parmi les différentes dimensions de la santé qui peuvent être utilisées pour apprécier les évolutions, et éprouver ces théories, le recours au trio « santé/maladies » - « capacités/incapacités » - « autonomie/dépendance » est particulièrement pertinent ; il a fait l'objet de divers modèles conceptuels [6-8]. Il décrit un processus dont le point de départ est le risque de maladies, lésions ou troubles susceptibles d'engendrer une défaillance des capacités fonctionnelles de l'organisme (sensorielles, motrices, cognitives, métaboliques), elle-même susceptible de conduire à une défaillance des capacités d'action des personnes dans leur vie quotidienne (Figure 1). Si les incapacités touchent des activités essentielles du quotidien, les personnes subissent ce que les modèles qualifient de « désavantage » : leur participation sociale est réduite, elles doivent être aidées pour subvenir à leurs besoins, perdant alors une partie de leur indépendance. Il existe des variations dans le déroulement de ce processus : selon les ressources individuelles ou collectives, les maladies conduisent plus ou moins fréquemment à des altérations fonctionnelles, puis ces dernières génèrent plus ou moins de restrictions d'activité.

Figure 1 : Développement de l'incapacité et perte d'autonomie, prévention et prise en charge



Source : Schéma de l'auteure

Du point de vue de la santé publique, ces dimensions et la mise au jour de risques différenciés dans les étapes du processus permettent de définir des actions distinctes qui se combinent tout au long du processus (Figure 1) : dans le registre de la prévention d'une part, dans celui de la prise en charge d'autre part. Les actions de protection et de prévention permettent, en amont, de limiter les risques de maladies. Mais lorsque les maladies sont présentes, les actions de prise en charge sont mobilisées (soins, traitements, interventions), pour en guérir ou pour en limiter les séquelles et limitations fonctionnelles associées. Lorsque des limitations fonctionnelles se déclarent, outre leur prise en charge, des actions de prévention peuvent minimiser les risques qu'elles entravent la réalisation des activités (amélioration de l'environnement, diffusion de dispositifs de compensation des déficiences...). Dans ce dernier cas, l'un des défis des sociétés vieillissantes est une meilleure adaptation de l'environnement (accessibilité) et de nouvelles technologies pour compenser les pertes fonctionnelles : l'objectif est de maintenir un niveau d'activité satisfaisant, sans dépendre de l'aide d'une tierce personne. Finalement, lorsque l'adaptation n'est pas ou plus une option, la préoccupation de santé publique est la prise en charge des situations, par l'accompagnement des personnes dans les activités qu'elles ont des difficultés à réaliser seules, et *in fine* par des soins de longue durée.

En lien avec les trois théories décrites plus tôt, les actions de prévention et de prise en charge permettant de contenir la prévalence des maladies, de réduire les limitations fonctionnelles et de minimiser les restrictions d'activité, iraient dans le sens d'une compression des années d'incapacités. L'impossibilité de contenir la prévalence de maladies et les risques d'incapacité associés pourraient conduire à une pandémie des troubles et incapacités. Si les maladies et limitations fonctionnelles étaient plus fréquentes, mais que la prévention et la prise en charge réduisaient leur impact sur

les activités des personnes, ce serait une forme d'équilibre dynamique qui accompagnerait le vieillissement de la population.

Dans ce contexte, pour suivre l'évolution de la santé des populations, les espérances de santé (ex. *sans incapacité*) ont été développées au début des années 1970 [9]. Il s'agit du nombre moyen d'années vécues en bonne et en mauvaise santé au sein de l'espérance de vie, dans les conditions de mortalité et de santé d'une année donnée (Encadré 1). Elles résument les dynamiques décrites plus tôt, pour peu que l'on s'appuie sur différentes dimensions de la santé. Il existe en effet autant d'indicateurs d'espérance de santé que de mesures de la santé qui permettent notamment de « décomposer » le processus (i.e. sans limitation fonctionnelle, sans restriction d'activités). Les indicateurs d'espérance de santé sont calculés dans de nombreux pays depuis les années 1980 et ont progressivement été adoptés comme indicateurs de santé publique au début des années 2000. La Commission Européenne a introduit « les années de bonne santé » en 2004 parmi les indicateurs macroéconomiques structurels [10, 11]; en France, l'indicateur européen fait partie du tableau de bord des indicateurs de développement durable (objectif 3 « santé et bien-être »).

ENCADRÉ 1 : ESPÉRANCE DE VIE EN BONNE SANTÉ : MÉTHODES ET DONNÉES

Les espérances de santé résument la mortalité et l'état de santé d'une année donnée, à partir des risques observés de décès et des risques de maladie ou d'invalidité à chaque âge. Il s'agit d'enrichir les tables de mortalité en intégrant des données de santé pour décomposer les personnes-années en personnes-années de bonne et mauvaise santé. Les espérances de santé peuvent être estimées à partir de tout âge pour lequel des données sont disponibles (à la naissance, à 35 ans, à 65 ans) ou entre deux âges (entre 50 et 65 ans). Il existe autant d'espérances de santé que de mesures de la santé (maladie, santé perçue, incapacités).

L'un des principaux problèmes de ces calculs est la disponibilité de données par âge sur la mortalité et la morbidité/invalidité. En théorie, les estimations nécessitent des données longitudinales pour mesurer les transitions entre bonne et mauvaise santé à chaque âge et les transitions entre ces états et le décès. Cependant, la plupart des estimations sont basées sur des données de mortalité d'une part et des données de santé transversales d'autre part (provenant d'enquêtes en population), selon la méthode dite de Sullivan [9].

II- ÉVOLUTION DES ESPÉRANCES DE VIE EN BONNE SANTÉ

II.1/ Vieillesse et santé en France : les trois théories en trois décennies

Les premiers travaux français sur l'évolution des espérances de santé ont porté sur les années 1980, concluant à une compression des années d'incapacité au sein de

l'espérance de vie (voir la revue des études [12]). En diversifiant les mesures grâce à l'enrichissement des modules de questions des enquêtes à partir des années 1990, les travaux ont conclu à l'équilibre dynamique dans cette décennie et jusqu'au début des années 2000; plus d'années de vie avec des limitations fonctionnelles, sans augmenter les années de restrictions d'activité. La tendance à l'équilibre dynamique s'est poursuivie dans la première décennie 2000, mais plutôt aux âges élevés. Entre 50 et 65 ans, la tendance a été à l'expansion : les années de vie se sont accompagnées d'une expansion des années avec des limitations fonctionnelles, mais aussi avec certaines formes de restrictions d'activité, et de manière plus prononcée pour les femmes. On s'interrogeait alors sur la spécificité des cohortes concernées. Ont-elles été plus exigeantes vis-à-vis de leur santé et plus sensibles à des gênes fonctionnelles ? Ont-elles pu vivre plus longtemps avec des problèmes de santé, potentiellement invalidants ? Ont-elles été plus exposées au fil de leur parcours et/ou subi des conditions économiques et socio-sanitaires plus difficiles ? Sans pouvoir répondre à ces questions à ce stade, il est probable qu'une association de ces trois phénomènes ait expliqué cette tendance inattendue; une tendance qui appelle une anticipation des besoins alors que ces générations avancent en âge.

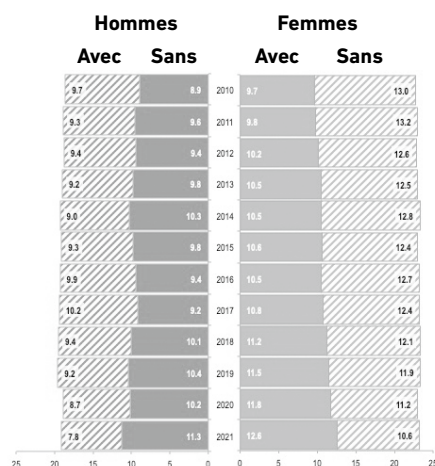
Des estimations (en cours) sur les années suivantes ont permis de suivre l'évolution dans la décennie 2010 [13]. Les années avec des limitations fonctionnelles physiques entre 50-65 ans semblent stables, au niveau atteint dans la décennie précédente, et les années avec des limitations sensorielles légèrement croissantes pour les femmes. Après 65 ans, les années vécues avec des limitations physiques et certaines restrictions d'activités augmentent (probablement du fait du vieillissement des générations touchées par leur expansion dans la décennie 2000); les années avec des limitations fonctionnelles cognitives semblaient diminuer et celles avec des restrictions dans les activités élémentaires restaient stables. L'indicateur des « Années de vie de bonne santé » (ou espérance de vie sans limitation d'activité) calculé annuellement éclaire une partie de ces évolutions récentes (Encadré 2).

ENCADRÉ 2 : COMPARABILITÉ INTERNATIONALE

Au sein de la Commission européenne, l'EU-SILC (Statistics on Income and Living Condition) a collecté des données avec des instructions très détaillées pour formuler la question sur les « limitation d'activité » de manière comparable entre les États membres. À ce jour, certains pays ont toujours une formulation spécifique ou ont modifié la formulation au cours d'une année donnée, compromettant les comparaisons directes. Eurostat renseigne généralement ces changements. Au-delà de cet effort unique de normalisation des questions de santé, des différences culturelles dans la perception de la santé et la compréhension des questions peuvent contribuer aux différences entre les pays européens. Par conséquent, les comparaisons directes des espérances de santé doivent être prises avec précaution. Cependant, au sein de chaque pays, les limitations d'activité sont corrélées à la consommation de soins de santé ou aux risques de mortalité. Ainsi, malgré les difficultés de comparaison directe des valeurs, l'analyse des tendances dans le temps et au sein des différents pays reste particulièrement éclairante.

Par exemple, la Figure 2 montre que l'espérance de vie à 65 ans a fluctué sur la période en France. À ces âges, des épisodes sanitaires sévères récurrents (grippes saisonnières, vagues de chaleur, etc.) provoquent des décès parmi les plus âgés [1] : en 2012 ou en 2015, puis dans une forme exceptionnelle en 2020-21 avec la crise COVID-19. Dans le même temps, les années de vie sans limitation d'activité ont augmenté régulièrement pour les femmes (excepté en 2016), y compris en cas de baisse de l'espérance de vie, et notamment en 2020-21. Qu'il y ait un pic de mortalité ou non, les femmes ont connu une compression des années avec des limitations d'activité. Pour les hommes, les années avec et sans limitation fluctuent : avec une compression des années avec des limitations après les épisodes de 2012 puis de 2020-21, comme pour les femmes, mais une expansion de ces années de 2014 à 2017. La compression des années de limitations après un pic de mortalité pourrait correspondre à une surmortalité des personnes avec des limitations durant les crises (*effet dit de moisson*), qu'on ne retrouve pas pour les hommes après le pic de 2015. La production de nouvelles estimations basées sur des enquêtes disposant de plusieurs mesures des incapacités (en cours) vont nous permettre de détailler ces évolutions pour en comprendre les mécanismes.

Figure 2 : Espérances de vie à 65 ans avec et sans limitation d'activité en France de 2010 à 2021



Source : Données issues des tables de mortalité françaises et des données de l'enquête SRCV (volet français du dispositif statistique européen EU-SILC). Indicateurs calculés par Eurostat.

II.2/ Perspective internationale

Les tendances variables des années d'incapacité selon la dimension ou la période nous invitent à resituer la situation française dans une perspective internationale. La dernière synthèse sur les tendances internationales des espérances de vie en santé a été publiée en 2020 [14]. On retrouve assez systématiquement une tendance à l'augmentation du nombre d'années vécues avec des limitations fonctionnelles sensorielles et de mobilité, fréquentes dans la vieillesse, mais aussi une diminution des limitations cognitives, illustrant la baisse de la prévalence des démences, par exemple au Royaume-Uni [15]. Cette tendance résulte de la diminution des symptômes asso-

ciés aux maladies d'Alzheimer et assimilées, qui s'explique par l'élévation générale du niveau d'instruction (qui en retarde l'expression) et la baisse des risques cardiovasculaires (qui font partie des facteurs de risque de certaines démences). Les années vécues avec des incapacités sévères (ex. restrictions dans les activités de soins personnels) surviennent principalement à des âges élevés et semblent stables dans le temps. On trouve aussi en Belgique, en Espagne, aux États-Unis, au Japon et en Suède une augmentation des années avec des restrictions d'activité au seuil des grands âges (50-65 ans) au début des années 2000.

À l'échelle européenne les « années de vie en bonne santé » fournies par Eurostat, montrent qu'en 2018 par exemple, les femmes ayant atteint 65 ans peuvent espérer vivre 10 ans sans limitation d'activité et 9,9 ans pour les hommes [1]; la France est proche de cette moyenne, en dépit de son haut niveau d'espérance de vie. Mais on constate une forte variation entre pays, à interpréter avec prudence (Encadré 2). On préfère alors analyser les évolutions : on trouve aussi des différences d'un pays à l'autre, la France faisant partie du groupe connaissant une tendance à la compression des limitations d'activité à ces âges [16]. Par ailleurs, les femmes en Europe ont plus d'années vécues avec des limitations que les hommes ; dans la moitié des pays leur plus grande longévité leur font vivre aussi un peu plus d'années sans limitation et dans l'autre moitié les femmes cumulent plus d'années avec et moins d'années sans ces limitations.

III- INÉGALITÉS FACE AUX CHANCES DE VIEILLIR EN BONNE SANTÉ

III.1/ Des différences selon le sexe ou le statut social

Les femmes vivent plus longtemps que les hommes mais, comme mentionné ci-dessus, beaucoup de ces années de vie supplémentaires sont vécues avec des incapacités. En France, la Figure 2 indique que les femmes peuvent espérer vivre 4,1 ans de plus que les hommes, dont 3,3 ans avec des limitations d'activité en 2010 ; respectivement +3,8 ans, dont 2,7 ans avec des limitations en 2019 et +4,1 ans, dont 2,8 ans avec des limitations en 2021. Les écarts femmes-hommes d'années de vie se sont un peu réduits avant la crise COVID-19 à ces âges ; c'est aussi le cas des écarts d'années avec des limitations, les femmes ayant connu une compression régulière de ces années.

Le surplus d'années d'incapacité des femmes en dépit de leur plus grande longévité est parfois qualifié de paradoxe. Il s'agit en fait de différences au point de départ du processus : du fait de maladies développées plus fréquemment par les femmes ou plus fréquemment par les hommes. Les femmes, en France comme dans de nombreux pays, déclarent plus souvent des maladies invalidantes, mais qui s'avèrent peu létales : notamment des maladies musculo-squelettiques ou des troubles anxio-dépressifs. Elles vivent avec ces maladies et les limitations fonctionnelles qui les caractérisent. Les hommes sont plus susceptibles de déclarer des maladies certes invalidantes, mais aussi fortement létales, auxquelles ils survivent moins longtemps (maladies cardiaques, cancers, traumatismes) [17]. Des différences se trouvent aussi dans la suite du processus : par exemple, au début des années 2000, les femmes avaient

moins de chances de diminuer leurs limitations fonctionnelles et (avant 70 ans) plus de chances de se défaire des restrictions [18]. On suppose que des actions de prévention et de prise en charge en amont des limitations fonctionnelles pourraient réduire les années de restrictions d'activité chez elle, et les différences avec les hommes.

Il existe aussi de grands écarts d'espérance de vie en bonne santé entre les groupes sociaux dans de nombreux pays, quelle que soit la façon dont le statut social est mesuré (profession, niveau d'éducation) [19]. Les chiffres (anciens) en France montrent que la plus faible espérance de vie des ouvriers et ouvrières à 35 ans s'accompagne de plus d'années vécues avec des incapacités; les cadres peuvent espérer vivre jusqu'à 10 ans de plus qu'eux sans limitations fonctionnelles sensorielles ou de mobilité. La plus faible espérance de vie des ouvriers à 65 ans ne leur épargne pas d'années d'incapacités. Cette « double peine » se trouve aux âges élevés, ainsi que dans la tranche d'âge 50-65 ans. En se basant sur les niveaux d'instruction, on trouve de plus grandes chances pour les plus instruits de diminuer leurs limitations fonctionnelles (en deux ans), puis (à limitations fonctionnelles équivalentes) un moindre risque de développer des restrictions d'activité et une plus grande chance de s'en défaire [18].

III.2/ Des différences liées aux maladies génératrices d'incapacité

L'analyse des liens entre maladies et incapacité permet d'explicitier les différences entre femmes et hommes et selon la profession [17]. Une étude de 2008 indique, par exemple, que parmi les « 50 ans et plus » en France, 32 % des limitations d'activité sont associées à des maladies musculo-squelettiques chez les femmes et 23 % chez les hommes, respectivement 11 % et 19 % à des maladies cardiovasculaires, 8 % et près de 5 % à des troubles anxieux et dépressifs, et 4 % et 6 % à des maladies pulmonaires non spécifiques. Les maladies neurodégénératives (Alzheimer et Parkinson) contribuent à l'incapacité pour environ 3 %, soit moins que les accidents (chez les hommes) ou les cancers. On en conclut d'abord que les troubles très invalidants, qui restent encore à des niveaux de prévalence bas, contribuent moins aux années d'incapacité à l'échelle de la population que des maladies moins invalidantes mais bien plus fréquentes. On confirme aussi que les femmes, plus susceptibles que d'avoir des maladies chroniques invalidantes, sont plus exposées à vivre avec leurs séquelles. Ces schémas de morbidité spécifiques au sexe expliquent une partie substantielle de l'excès d'incapacité des femmes en France.

Il est intéressant de noter que ces maladies sont sensibles aux déterminants sociaux de la mauvaise santé; de fait, elles contribuent également aux différences d'espérance sans incapacité entre catégories socioprofessionnelles. En France, la plus grande prévalence des troubles musculo-squelettiques et mentaux chez les ouvriers et les employés, par rapport aux cadres, contribue à leur plus grande prévalence de limitation d'activité; en outre, une plus grande prévalence des maladies pulmonaires et circulatoires, invalidantes et létales, contribue à leur plus faible espérance de vie [20]. Diverses études, notamment en Europe, ont montré que le stress lié au travail, les habitudes alimentaires, le tabagisme ou la combinaison du surpoids et du tabagisme contribuent à réduire le nombre d'années de vie en bonne santé chez les personnes peu qualifiées et les moins instruites [21]. Les conditions et parcours de vie des hommes et des femmes, ou selon le statut social, peuvent donc contribuer

aux différences d'incapacité aux âges élevés, à l'entrée du processus et dans les risques d'avancer dans les étapes : le niveau de vie, les carrières, les situations familiales et les histoires sont autant de facteurs liés à l'état de santé qui se cumulent jusqu'aux âges élevés et distinguent les groupes de population face aux conditions de vieillissement.

IV- UN INDICATEUR POUR LA SANTÉ PUBLIQUE

IV.1/ L'effet du contexte national et infranational sur les années d'incapacité

Les analyses de l'association entre les espérances de santé et les indicateurs macroéconomiques avaient montré qu'à l'échelle européenne, les variations des niveaux de pauvreté et de *déprivation matérielle* expliquent en partie ces disparités, notamment entre les nouveaux et les anciens États membres de l'Union européenne [22]. En France, les variations d'espérance de vie sans limitation d'activité entre départements sont importantes, atteignant 5,4 années de différences pour les hommes, 6,7 années pour les femmes en 2014 [23] (Figure 3). Les différences à cette échelle sont aussi corrélées à des indicateurs départementaux socio-économiques et d'offre de soins, en particulier chez les femmes. Ces résultats soulignent l'importance de surveiller ces disparités au niveau infranational, et d'étudier leurs relations avec le contexte local, notamment l'offre de soins et de services. Ces indicateurs macroéconomiques reflètent des conditions de vie qui influent sur les niveaux d'espérance de vie en bonne santé, au-delà des conditions de vie individuelles. Ils ont une forte dimension sociale et sont liés aux politiques publiques qui limitent les conséquences des situations sociales critiques sur la santé, notamment à travers la lutte contre la pauvreté, l'accès universel aux soins. Ils rejoignent en cela les différences retrouvées au niveau individuel soulignant l'enjeu de démarches de santé publique à ces deux niveaux.

IV.2/ L'utilité des indicateurs d'espérance de vie sans incapacité pour la santé publique

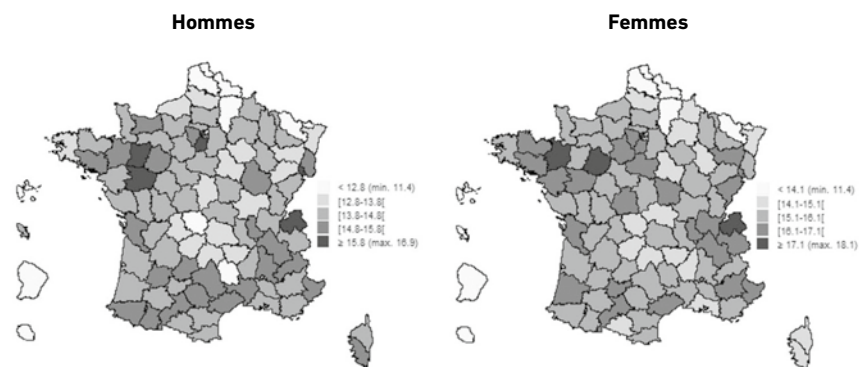
Ces résultats soulignent l'importance de surveiller ces disparités au niveau infranational, et d'étudier leurs relations avec le contexte local, notamment l'offre de soins et de services. Ces indicateurs macroéconomiques reflètent des conditions de vie qui influent sur les niveaux d'espérance de vie en bonne santé, au-delà des conditions de vie individuelles. Ils ont une forte dimension sociale et sont liés aux politiques publiques qui limitent les conséquences des situations sociales critiques sur la santé, notamment à travers la lutte contre la pauvreté, l'accès universel aux soins. Ils rejoignent en cela les différences retrouvées au niveau individuel soulignant l'enjeu de démarches de santé publique à ces deux niveaux.

Les indicateurs d'espérance de santé mobilisant différentes dimensions de l'incapacité montrent que sur un temps long les années de vie gagnées sont souvent des années vécues avec des troubles fonctionnels : certains troubles fonctionnels semblent être sur une tendance à la baisse (comme par exemple ceux liés à des problèmes cognitifs), et d'autres à l'augmentation (comme des troubles locomoteurs

ou sensoriels). Mais on constate aussi une stabilité voire une compression des années de vie avec des restrictions d'activité aux grands âges, notamment des activités essentielles de la vie quotidienne (soins personnels) : une tendance de type « équilibre dynamique ». Si ce constat semble indiquer que les systèmes de prise en charge et de prévention permettent de contenir une pandémie des restrictions d'activité, il n'en reste pas moins que le nombre d'années vécues avec ces restrictions n'est pas négligeable, que ces incapacités sont présentes dès la tranche d'âge 50-65 et qu'il existe des variations entre groupes de population.

Les restrictions d'activité affectent la qualité de vie et engendrent des besoins incontournables de prise en charge pour les personnes; cela oblige les politiques de prise en charge à se développer via les services aux personnes et les soins de longue durée, à domicile ou en institution. Par ailleurs, la population âgée augmente, impliquant que le nombre de personnes concernées par ces années de restrictions d'activité augmente aussi (même si les risques à chaque âge sont contenus). Enfin les variations selon le territoire, le sexe ou la catégorie sociale appellent à mieux comprendre les déterminants qui permettent à certains plus qu'à d'autres de se protéger (ou de récupérer) des troubles de santé ou de faire avec. Outre les besoins en matière de prise en charge, ces différences obligent les politiques de prévention, notamment non médicale, à se développer pour augmenter les chances de maintien des activités et de l'autonomie, y compris parmi les personnes ayant des maladies et des limitations fonctionnelles. Les espérances de santé, par leur déclinaison selon les différentes dimensions de la santé et par groupes de population, sont sensibles aux évolutions des maladies et des troubles ainsi qu'aux contextes liés aux politiques sociales : ces indicateurs se montrent ainsi importants pour le suivi des objectifs de santé publique touchant aux questions de prévention, d'inégalités de santé et d'évaluation des besoins.

Figure 3 : Espérances de vie sans limitation d'activité (GALI) dans les 100 départements français en 2014 (Source vie quotidienne et santé)



Source : Laborde et al. [23]

Bibliographie

1. **Bonnet, C., E. Cambois, and R. Fontaine**, *Dynamiques, enjeux démographiques et socioéconomiques du vieillissement dans les pays à longévité élevée*. Population (édition française), 2021. 76(2): p. 225-325.
2. **Lang, T. and G. Menvielle**, *Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution* Actualité et dossier en santé publique (ADSP), 2021(1): p. 1-64.
3. **Kramer, M.**, *The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1980. 62 : p. 282-297.
4. **Fries, J.F.**, *Aging, natural death, and the compression of morbidity*. N Engl J Med, 1980. 303(3): p. 130-5.
5. **Manton, K.**, *Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population* The Milbank Memorial Foundation Quarterly / Health and Society, 1982. 60 : p. 83-244.
6. **Wood, P. and E. Badley**, *An epidemiological appraisal of disablement, in Recent Advances in Community Medicine*, A. Bennett, Editor. 1978, Churchill Livingstone : Edinburgh. p. 149-173.
7. **Verbrugge, L.M. and A.M. Jette**, *The disablement process*. Social Science and Medicine 1994. 38 : p. 1-14.
8. **World Health Organization**, *International classification of functioning, disability and health : ICF*, 2001, WHO : Geneva.
9. **Sullivan, D.F.**, *A single index of mortality and morbidity*. HSMHA Health Rep, 1971. 86(4): p. 347-354.
10. **Lagiewka, K.**, *European innovation partnership on active and healthy ageing : triggers of setting the headline target of 2 additional healthy life years at birth at EU average by 2020*. Archives of Public Health, 2012. 70(1): p. 23.
11. **Bogaert, P., et al.**, *The use of the global activity limitation Indicator and healthy life years by member states and the European Commission*. Archives of Public Health, 2018(76): p. 30-37.
12. **Cambois, E., A. Blachier, and J.-M. Robine**, *Aging and health in France : an unexpected expansion of disability in mid-adulthood over recent years*. European Journal of Public Health, 2013. 23(4): p. 575-81.
13. **Cambois, E.**, *Les espérances de vie sans incapacité en France : une tendance récente moins favorable que dans le passé*. Document de travail du Conseil d'Orientation des Retraites, 2017. Séance du 25 janvier 2017(Document 9).
14. **Jagger, C., et al.**, *International Handbook of Health Expectancies*. International Handbooks of Population. Vol. 9. 2020: Springer.
15. **Matthews, F.E., et al.**, *A two decade dementia incidence comparison from the Cognitive Function and Ageing Studies I and II*. Nature Communications, 2016. 7(1): p. 11398.
16. **Cambois, E. and J.-M. Robine**, *L'allongement de l'espérance de vie en Europe : quelles conséquences pour l'état de santé*. Revue Européenne des Sciences Sociales, 2017. 55(1): p. 41-67.

17. **Nusselder, W.J., et al.**, *Contribution of chronic diseases to gender differences in activity limitations*. European journal of Public Health, 2019. 29(1): p. 99–104.
18. **Cambois, E. and A. Lièvre**, *Risques de perte d'autonomie et chances de récupération chez les personnes âgées de 55 ans ou plus : une évaluation à partir de l'enquête Handicaps, incapacité, dépendance*. Etudes et résultats, 2004. 349 : p. 1-11.
19. **Cambois, E., et al.**, *Monitoring Social Differentials in Health Expectancies*, in *International Handbook of Health Expectancies*, C. Jagger, et al., Editors. 2020, Springer.
20. **Palazzo, C., et al.**, *Contribution of chronic diseases to educational disparity in disability in France : results from the cross-sectional "disability-health" survey*. Archives of Public Health, 2019.
21. **Brønnum-Hansen, H.**, *Assessing the Impact of Risk Factors on Health Expectancy*, in *International Handbook of Health Expectancies*, C. Jagger, et al., Editors. 2020, Springer International Publishing : Cham. p. 123-128.
22. **Fouweather, T., et al.**, *Comparison of socio-economic indicators explaining inequalities in Healthy Life Years at age 50 in Europe : 2005 and 2010*. Eur J Public Health, 2015.
23. **Laborde, C., et al.**, *Contextual factors underpinning geographical inequalities in disability-free life expectancy in 100 French départements*. European Journal of Ageing, 2020

Les dépenses de prévention, complexes à mesurer, très difficiles à comparer...

Par **Denis Raynaud**, directeur de l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES)



Denis Raynaud est directeur de l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES) depuis 2015. Économiste, diplômé d'un doctorat de l'université de Toulouse Capitole en 2001, il a aussi travaillé de nombreuses années à la Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Ses travaux de recherche portent sur l'assurance maladie et la régulation économique du système de soins.

Introduction

Les dépenses courantes de santé représentent en France 12,3 % du PIB en 2021 (Drees, 2022a), ce qui place la France dans le peloton de tête derrière les États-Unis (17,8 %) et l'Allemagne (12,8 %). En termes d'état de santé, la France se trouve à la fois dans une situation favorable et contrastée. Favorable car l'espérance de vie à la naissance en France est parmi les plus élevées au monde, notamment pour les femmes (85,4 ans en 2021) et car l'espérance de vie sans incapacité (65 ans) a progressé de 2,5 années depuis 2010. Contrastée car l'espérance de vie des hommes est nettement plus basse (79,3 ans en 2021), ce désavantage masculin étant plus marqué que dans les autres pays d'Europe (Moisy, 2019). Il est la conséquence d'une mortalité prématurée masculine élevée, principalement en raison des cancers, maladies cardio-vasculaires et accidents. Contrastée aussi car les inégalités sociales de santé apparaissent importantes, les personnes les plus modestes développant plus souvent des maladies chroniques (par exemple le risque de diabète est triplé entre le premier et dernier décile de niveau de vie), si bien que l'écart d'espérance de vie à la naissance entre les 5 % les plus aisés et les 5 % les plus modestes est de 8 ans chez les femmes et de 13 ans chez les hommes ! Ces inégalités entre femmes et hommes et ces inégalités sociales doivent être examinées au regard des comportements et facteurs de risque tels que les consommations de tabac et d'alcool, et de la prévalence du surpoids et de l'obésité. Ces résultats interrogent donc sur la prévention de ces risques, plus globalement sur les politiques de prévention et notamment sur les dépenses de prévention en France, comparativement aux autres pays. Quel est le niveau des dépenses de prévention en France ? Peut-on le comparer aux autres pays ? Faut-il augmenter l'effort en France ?

Tout d'abord, qu'entend-on par prévention ? La prévention a été définie en 1948 par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme l'ensemble des mesures « visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». Elle se divise en trois catégories, la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

La prévention primaire vise à diminuer l'incidence d'une maladie ou d'un problème de santé, donc à réduire l'apparition de nouveaux cas au sein d'une population, par la diminution des causes et des facteurs de risque. La prévention primaire se situe donc en amont du parcours de soins et s'appuie sur de multiples acteurs, dont certains sont en dehors du champ sanitaire. Elle peut prendre des formes non médicales (information, promotion de la santé, communication, incitations fiscales, etc.) ou médicales (vaccination). La prévention secondaire a pour but de déceler, à un stade précoce, des maladies qui n'ont pas pu être évitées par la prévention primaire, et d'en bloquer l'évolution (par exemple les dépistages). Enfin, la prévention tertiaire a pour objet de limiter les incapacités chroniques ou récidives et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie.

I- PEUT-ON ÉVALUER LE MONTANT ET LA PART DES DÉPENSES DE PRÉVENTION AU SEIN DES DÉPENSES DE SANTÉ EN FRANCE ET À L'ÉTRANGER ?

Poser cette question renvoie à une définition plus restreinte de la prévention que celle définie ci-dessus, puisque toutes les politiques de prévention qui sont en dehors du champ du système de soins n'entrent pas par définition dans le périmètre de cette évaluation. Par exemple, les investissements dans les constructions de pistes cyclables, par leur action directe sur l'activité physique préviennent les maladies cardio-vasculaires ou les cancers, et par leur action indirecte sur la santé *via* la diminution du trafic routier et l'amélioration de la qualité de l'air, limitent les risques de maladies respiratoires (Ademe 2022). Ces investissements participent donc bien à une stratégie globale visant à prévenir les maladies, sans pour autant faire partie du champ des dépenses de santé donc sans être identifiées comme des dépenses de prévention. Plus largement, la stratégie « Health in all » adoptée par l'organisation mondiale de la santé (OMS 2015) est une stratégie politique qui met la santé au centre de l'élaboration des politiques publiques. La santé étant influencée par des facteurs sociaux, environnementaux et économiques, il est important d'intégrer les considérations sanitaires dans un plus large éventail de domaines politiques connexes et à tous les niveaux de gouvernance.

Le champ de cet article, circonscrit aux dépenses de santé, exclut donc de fait toutes les dépenses attribuables aux investissements ou politiques publiques en dehors du champ sanitaire mais qui ont pourtant aussi un impact sur la santé. En pratique, les dépenses de prévention secondaire et celles de prévention tertiaires font bien partie du champ des dépenses de santé, mais c'est le cas seulement d'une partie des dépenses de prévention primaire : les dépenses de vaccination et les dépenses de prévention institutionnelles (Santé Publique France, Ministère de la santé, Assurance maladie...) visant à lutter contre les facteurs de risque (tabac, alcool...) ou à promouvoir une hygiène de vie propice à une bonne santé (alimentation, activité physique...).

Pour comparer les dépenses de santé entre les pays, il est nécessaire de déterminer un périmètre et une méthodologie commune. C'est dans cette perspective que l'OCDE, Eurostat et l'OMS ont défini ensemble une nomenclature commune à tous les pays dans le but d'harmoniser la présentation des dépenses de santé. Il s'agit de la

nomenclature SHA (System of Health Account) (Drees, 2022 a). En France, les Comptes de la santé sont élaborés par la Drees en utilisant cette nomenclature internationale, qui est aussi utilisée par l'OCDE pour des travaux de comparaisons internationales. Cette nomenclature classe les dépenses de prévention en six sous-catégories :

- ▼ Les programmes d'information, d'éducation et de conseil
- ▼ Les programmes de vaccination
- ▼ Les programmes de détection précoce des maladies
- ▼ Les programmes de surveillance de l'état de santé
- ▼ Les programmes de surveillance épidémiologique et de contrôle des risques et des maladies
- ▼ La préparation aux programmes d'intervention en cas de catastrophe et d'urgence

Néanmoins, selon l'OCDE, « *malgré des progrès dans la qualité des comparaisons internationales permises par l'adoption de ces normes communes, des limites dans la capacité des pays à identifier et à rapporter les éléments des dépenses de prévention et de santé publique et à les répartir dans toutes les sous-catégories connexes affectent la comparabilité des données* » (OCDE, 2017).

Ces difficultés dépendent des spécificités de l'organisation des systèmes de soins de chaque pays, des modalités de financement ou de remboursement des dépenses de santé, qui bien souvent structurent les systèmes d'informations alimentant les statistiques qui sont diffusées dans les comptes de la santé et dans les comparaisons internationales.

Du fait de l'intrication entre les prestations curatives et préventives, de l'éclatement des responsabilités en matière sanitaire, combinées à l'hétérogénéité des financeurs et des acteurs de la prévention, les dépenses de prévention sont difficiles à circonscrire. En France, elles agrègent deux composantes : les programmes institutionnels de prévention et les actes de prévention remboursés. Les comptes de la santé comptabilisent chaque année la prévention dite « institutionnelle » dans la dépense courante de santé (DCS) hors consommation de biens et services médicaux (CSBM). Les comptes de la santé identifient uniquement les dépenses de prévention qui sont isolables dans les dépenses des administrations et des institutions, que ce soit de la prévention individuelle (médecine du travail, dépistage, etc.) ou collective (campagnes d'information, sécurité sanitaire de l'alimentation, etc.). Celle-ci est financée ou organisée par des fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux et ne représente qu'une partie des dépenses de santé à visée préventive. Les autres actes de prévention sanitaire financés par l'Assurance maladie et les ménages, comme ceux effectués par les médecins traitants lors de consultations médicales ordinaires, sont intégrés dans la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), mais n'y sont pas distingués en tant que dépenses de prévention. La prise en charge des facteurs de risque (prise en charge de la dépendance alcoolique, sevrage tabagique, traitement médicamenteux, suivi de l'hypertension artérielle...) n'est pas non plus comptabilisée dans la prévention institutionnelle ; les soins concernés sont en revanche inclus dans la CSBM.

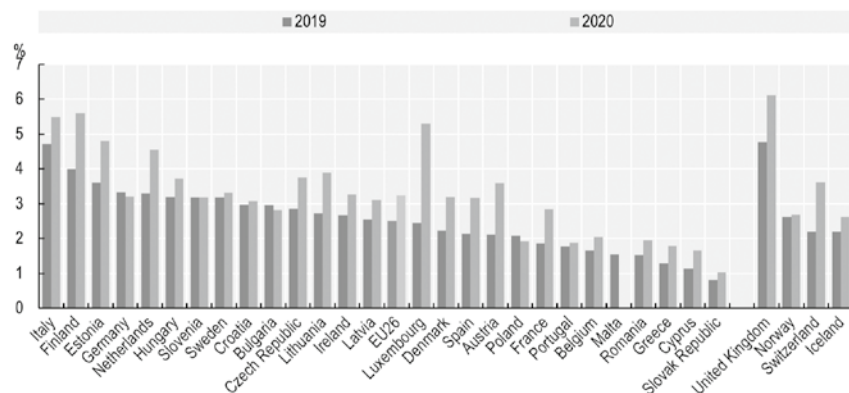
Ainsi la France ne prend pas en compte une grande partie de la vaccination qui est

dispensée en dehors des programmes de prévention; elle ne prend pas non plus en compte les très nombreux dépistages pratiqués en dehors des dépistages dits organisés, et elle ignore par ailleurs la part consacrée à des conseils hygiéno-diététiques et de prévention dans les consultations des professionnels de santé. Selon la Cour des Comptes (Cour des Comptes, 2021), la situation est différente dans d'autres pays où la dépense de santé est prise en charge par le budget de l'État (Royaume Uni) ou des collectivités locales (Canada), ou même par des assureurs (États-Unis), qui « sont plus proches de la notion organique de programmes institutionnels et donc de dépenses institutionnelles plus facilement identifiables dans les comptes au titre de la prévention ».

En conséquence, les dépenses identifiées chaque année comme des dépenses de prévention dans les comptes de la santé et qui sont transmises aux organismes internationaux (OCDE, OMS, Eurostat) pour les comparaisons internationales sont estimées en France à seulement environ 2 % des dépenses de santé. Cependant, selon des travaux ponctuels ayant pour but d'identifier plus précisément au sein de la CSBM les dépenses de santé que l'on peut rattacher à de la prévention (Irdes 2003, 2006, 2008, Drees 2018), on peut estimer que les dépenses de prévention institutionnelle, seules à être identifiées en tant que dépenses de prévention dans les Comptes de la santé en France, ne représentent qu'une minorité des dépenses de prévention.

Ainsi, en 2019, la France se situait-elle en dessous de la moyenne des pays de l'UE, avec des dépenses identifiées dans les comptes au titre de la prévention estimées à 1,9 % de l'ensemble des dépenses de santé contre une moyenne de 2,5 %. (Voir graphique 1) Logiquement, ces données sont très différentes en 2020 et en 2021 compte tenu de l'impact de l'épidémie de Covid-19 et des dépenses associées (masques, tests, vaccins...). Ainsi, pour la France, les dépenses de prévention identifiées dans les comptes de la santé sont-elles passés de 5,5 milliards d'euros en 2019 à 8,6 milliards d'euros en 2020 et 16,9 milliards en 2021 (voir tableau 1). La dernière année disponible pour les comparaisons internationales, 2020, situait toujours la France en dessous de la moyenne des pays de l'UE (2,8 % versus 3,2 % des dépenses de santé) (OCDE, 2022).

Graphique 1 : Part des dépenses de prévention en proportion des dépenses de santé en 2019-2020 en Europe



Note: The EU average is unweighted.
Source: OECD Health Statistics 2022.

Tableau 1 : Dépenses de prévention en France identifiées dans les comptes de la santé entre 2013 et 2021 (en millions d'euros)

	2013	2018	2019	2020	2021	Évolution 2020-2021 (en %)
HC.61 - Programmes d'information, d'éducation et de conseil	610	690	661	703	719	2,2
Information, promotion, éducation à la santé	232	259	244	277	263	-5,2
Lutte contre les addictions	82	100	102	104	111	6,3
Médecine scolaire	284	304	289	297	319	7,4
Nutrition-santé	11	26	26	25	26	5,8
HC.62 - Programmes de vaccination	629	712	712	720	4 532	529,0
Achat de vaccins Covid-19	0	0	0	0	2 211	so
Vaccination Covid-19	0	0	0	0	1 576	so
Autres vaccins	629	712	712	720	745	3,3
HC.63 - Programmes de détection précoce des maladies	332	401	380	2 498	7 007	180,5
Dépistage autres pathologies	54	44	45	43	47	10,5
Dépistage, lutte contre les maladies infectieuses	145	216	207	206	234	13,6
Dépistage des tumeurs	134	141	128	135	140	3,9
Prélèvements des tests PCR et TAG Covid-19	0	0	0	259	721	so
Tests PCR Covid-19	0	0	0	1 649	3 431	so
Tests TAG Covid-19	0	0	0	207	2 434	so
HC.64 - Programmes de surveillance de l'état de santé	3 281	3 339	3 463	3 549	3 632	2,3
Bilans bucco-dentaires	56	69	85	70	91	30,5
Examens de santé	180	170	196	229	211	-8,1
Médecine scolaire	270	295	279	288	310	7,6
Médecine du travail	1 599	1 715	1 735	1 705	1 749	2,6
PMI - Planning familial	804	743	755	798	771	-3,3
Prévention des risques professionnels	279	236	287	321	345	7,7
Programme de suivi de populations spécifiques	93	110	126	139	154	11,1
HC.65 - Programmes de surveillance épidémiologique et de contrôle des risques et des maladies	276	251	257	253	263	4,3
HC.66 - Préparation aux programmes d'intervention en cas de catastrophe et d'urgence	34	50	50	868	765	-11,9
Ensemble de la prévention	5 162	5 443	5 523	8 591	16 917	96,9

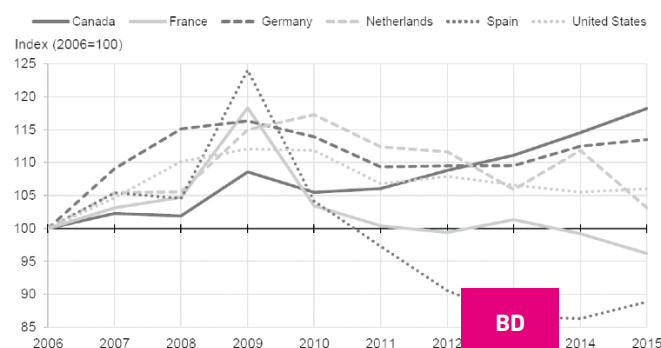
so : sans objet.
Source : DREES, compte de la santé

Compte tenu des limites méthodologiques évoquées pour identifier les dépenses de prévention dans l'ensemble des dépenses de santé, ces comparaisons internationales n'apparaissent cependant pas suffisantes pour pouvoir situer la position relative de la France par rapport aux autres pays en matière de prévention. Les travaux de l'OCDE permettent toutefois, sur un périmètre constant (mais sans doute différent selon les pays), et qui se limite donc pour la France uniquement aux dépenses de prévention institutionnelles, de comparer l'évolution des dépenses au cours du temps.

Les dépenses de prévention par habitant exprimées en termes réels apparaissent ainsi en légère baisse de 4 % en France entre 2006 et 2015, alors qu'elles augmentent d'environ 18 % au Canada ou de 14 % en Allemagne. (voir graphique 2) Ainsi, s'il reste difficile de comparer les niveaux de dépenses de prévention entre les pays, il est au moins possible d'affirmer qu'en France, sur cette période 2006-2015, les dépenses de prévention institutionnelles ont moins progressé que les dépenses de prévention d'autres grands pays comparables à la France. Dans la comparaison effectuée par l'OCDE, seule l'Espagne, très durement touchée par la crise économique de 2008-2009, présente une évolution plus défavorable que la France.

Graphique 2 : Comparaison internationale de l'évolution des dépenses de prévention par habitant, en termes réels, entre 2006 et 2015

Figure 15. Evolution of prevention expenditure per capita, real terms, selected countries, 2006-15



Source: OECD Health Statistics 2017.

II- COMMENT ÉVALUER L'ENSEMBLE DES DÉPENSES DE PRÉVENTION EN FRANCE ?

Évaluer l'ensemble des dépenses de prévention en France nécessite donc un travail méthodologique considérable visant à isoler les dépenses de prévention dans la CSBM pour ensuite les ajouter aux dépenses institutionnelles déjà identifiées en tant que dépenses de prévention. L'estimation la plus récente pour la France a été réalisée par la Drees (Drees, 2018) et reprise par la Cour des Comptes, dans un rapport portant sur la politique de prévention en santé (Cour des Comptes, 2021). Sont distingués les programmes institutionnels de prévention et les actes de prévention remboursés. La somme de ces deux catégories représente un effort total estimé en 2016 à environ 15 Md€. Selon la Cour des Comptes, cet effort serait proche de celui des autres pays de

l'OCDE, à près de 0,6 % du PIB. Notons toutefois qu'en l'absence de travaux méthodologiques comparables identifiés dans les autres pays, la comparaison reste délicate. Même s'il est avéré que l'organisation du système de soins et de son financement conduit en France à sous-estimer le montant des dépenses de prévention en limitant la mesure aux seules dépenses institutionnelles, de tels biais peuvent exister aussi dans les autres pays, peut-être dans une moindre mesure, mais surtout sans qu'on sache les mesurer.

Selon la Drees, ce sont donc *a minima* 60 % de l'ensemble des dépenses de prévention (9,1 milliards sur un total de 15 milliards en 2016¹) qui ne seraient pas identifiées dans les dépenses de prévention françaises permettant d'établir les comparaisons internationales (Drees, 2018).

Dans ces travaux, sont considérés comme relevant de la prévention les soins visant à éviter la survenue d'une maladie ou d'un état de santé indésirable chez des personnes en bonne santé (vaccins, contraception, suivi de grossesse normale, prévention des carences nutritionnelles...); ceux visant à dépister les maladies (dépistage des cancers, examens bucco-dentaires, examens biologiques, dépistage néonatal...); et ceux visant à prendre en charge les facteurs de risque, les addictions et les formes précoces des maladies (traitements médicamenteux et suivi médical de l'hypertension artérielle, du diabète de type 2 et des hyperlipidémies non compliquées, aide au sevrage tabagique, sevrage d'alcool, surveillance des carcinomes *in situ*...).

En 2016, la prévention non institutionnelle au sein de la CSBM représenterait 9,1 milliards d'euros de dépenses (voir tableau 2). Cette estimation prend en compte l'ensemble des dépenses préventives à l'hôpital, dans la consommation de médicaments et d'autres biens médicaux, et une grande partie du champ des soins de ville. Les médicaments à visée préventive occupent la place la plus importante au sein des dépenses de prévention non institutionnelle (42 %), suivie des consultations, visites et actes réalisés par les médecins (27 %). Les dépenses de prévention non institutionnelle sont également constituées d'analyses de biologie (15 %), des soins réalisés par les dentistes (9 %), à l'hôpital (5 %) et de dispositifs médicaux (2 %). Notons toutefois que cette estimation est certainement un minorant dans la mesure où tous les soins n'ont pas pu être pris en compte en raison des limites des données disponibles, notamment les soins prodigués par les sages-femmes et par les auxiliaires médicaux (infirmiers, kiné...)

¹ Des petites différences méthodologiques dans le périmètre des dépenses institutionnelles prises en compte au titre de la prévention ne permettent pas de comparer strictement les dépenses de prévention institutionnelle présentes dans le tableau 1 issu de l'édition 2022 des Comptes de la santé de la DREES, qui ont été rétro-polées en appliquant plus strictement la nomenclature SHA, avec les dépenses de prévention estimées par la DREES dans l'édition 2018 des comptes de la santé, relatives à l'année 2016, qui sont utilisées par la Cour des Comptes dans son rapport sur la politique de prévention. Les dépenses de prévention liées à des actions sur l'environnement (hygiène du milieu, lutte contre la pollution, sécurité alimentaire) ont été retirées du compte car elles n'entrent pas dans le champ de la définition de la dépense de soins courante au sens international (DSCi). Ce changement de méthode les ramène ainsi à 5,1 Md€ en 2016 contre 5,8 Md€ estimé initialement et pris en compte par la Cour des Comptes. Cela ne change ni les ordres de grandeur ni les conclusions de cet article.

Tableau 2 : Dépenses de prévention en France non identifiées dans les dépenses de prévention institutionnelles (en milliards d'euros)

	2012 Dépenses en milliards	2014 Dépenses en milliards	2016 Dépenses en milliards
0. Soins ambulatoires (1+2+3)	9,4	8,9	8,6
1. Soins de ville - champ partiel	4,4	4,5	4,6
Médecins - champ partiel	2,2	2,3	2,4
Consultations et visites	2,0	2,0	2,1
Actes CCAM	0,3	0,3	0,3
Dentistes	0,8	0,8	0,8
Analyses de biologie	1,4	1,3	1,4
2. Médicaments	4,8	4,2	3,8
3. Autres biens médicaux	0,2	0,2	0,2
4. Hôpital MCO ¹	0,4	0,5	0,5
TOTAL (0+4)	9,8	9,3	9,1

1. Hors consultations externes. Les honoraires des médecins exerçant en clinique privée sont comptabilisés dans les soins de ville. Par ailleurs, la prévention effectuée par les médecins est un minorant (81 % du champ des honoraires est couvert) [encadré 1]

Lecture : En 2016, les dépenses préventives représentent au moins 9,1 milliards d'euros. À champ constant, elles sont passées de 9,8 milliards en 2012 à 9,1 milliards en 2016.

Champ : Tous régimes.

Sources : Sniiram ; SNIR ; GERS ; PMSI-MCO ; calculs DREES

Ces dépenses de prévention non institutionnelles, comptées habituellement dans la CSBM avec les autres soins et non identifiées en tant que dépenses de prévention dans les comparaisons internationales, semblent orientées à la baisse. Entre 2012 et 2016, elles ont diminué de 7 %, passant de 9,8 à 9,1 milliards. Cette baisse est certainement à contextualiser car elle s'explique entièrement par la baisse des dépenses de médicaments (baisse de 1 milliard) liée à une politique publique volontariste de baisse des prix et de développement des médicaments génériques. Elle ne traduit donc pas forcément une baisse très significative de l'effort de prévention en volume. Toutefois, entre 2012 et 2016, la progression des dépenses de santé au sens de la CSBM est de plus de 8 %. En conséquence, la part des dépenses de prévention dans la CSBM est donc orientée à la baisse, passant de 5,4 % de la CSBM en 2012 à 4,6 % en 2016, et elle serait orientée à la baisse, dans une moindre mesure, même si on neutralisait l'effet prix des dépenses de médicaments. Ce résultat est à rapprocher du résultat précédent issu de travaux de l'OCDE qui montrait une baisse relative de l'effort de prévention en France mesuré par les dépenses institutionnelles entre 2006 et 2015,

Ainsi, s'il n'est pas possible de comparer en toute rigueur les dépenses de prévention en France à celles des autres pays, il est au moins possible de conclure qu'en 2016, l'effort de prévention semblait orienté à la baisse depuis quelques années en France, que ce soit au niveau des dépenses de prévention institutionnelles utilisées dans les comparaisons internationales ou au niveau des dépenses de prévention plus difficilement identifiables, liées à l'activité des professionnels de santé, et comptées chaque année avec les dépenses curatives dans la CSBM.

III- FAUT-IL AUGMENTER LES DÉPENSES DE PRÉVENTION EN FRANCE ?

Selon une évaluation récente de la Cour des comptes (Cour des Comptes, 2021), la France semble se distinguer non pas par des dépenses de prévention insuffisantes mais plutôt par « des résultats médiocres malgré un effort financier comparable à celui des pays voisins ».

La croissance des maladies chroniques, notamment du diabète et des cancers, interroge l'efficacité de la politique de prévention. Le constat de fortes inégalités sociales et territoriales dans la prévalence et l'incidence des maladies chroniques est aussi un élément caractérisant une forme d'échec de la politique de prévention. (Voir graphiques 3 et 4)

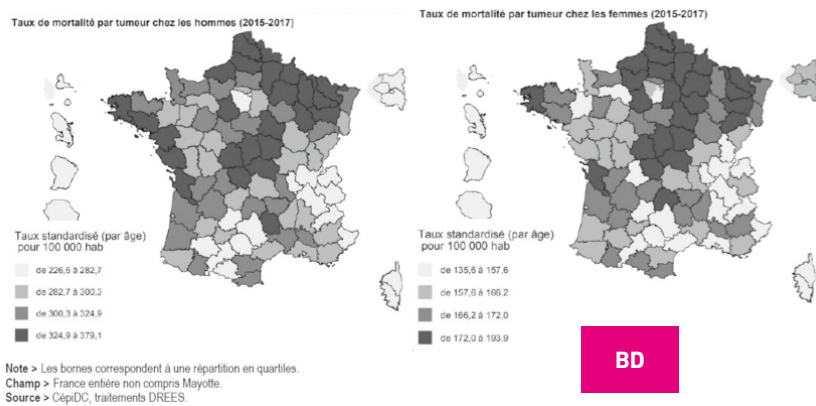
Selon le dernier panorama de la Drees sur l'état de santé de la population (Drees 2022 b, 2022 c), la France demeure dans le groupe de pays européens les plus consommateurs d'alcool. Même si la consommation continue de baisser, les alcoolisations ponctuelles importantes augmentent. La consommation de tabac diminue également, mais la baisse semble s'interrompre en 2020, dans un contexte de crise sanitaire. Les prévalences d'obésité sont plus élevées dans le nord de la France et dans la plupart des départements d'outre-mer, ainsi que parmi les personnes les plus modestes. Le recours aux dépistages est inégal selon le niveau de vie.

Les programmes de prévention médicalisée (vaccination et dépistage) comme les actions de promotion de la santé, souffrent d'une adhésion insuffisante pour produire des effets significatifs sur les grandes pathologies. C'est le cas des dépistages organisés des cancers qui connaissent des taux de participation inférieurs de 10 à 20 points à ceux de nos voisins européens. Le dépistage du cancer du sein atteint 50 %, les dépistages des cancers colorectaux et du col de l'utérus étant proches de seulement 30 %. (Voir graphiques 5 et 6). Un constat similaire peut être fait en ce qui concerne la vaccination anti HPV (human papillomavirus), seule vaccination existante en matière de cancers, la France étant très en retard avec un taux de participation de seulement 25 %. En outre, les milieux socio-culturels plus modestes, qui ont des conditions de vie (travail, logement...) et des habitudes (tabac, sédentarité...) augmentant les risques de maladie, adhèrent moins aux programmes de prévention.

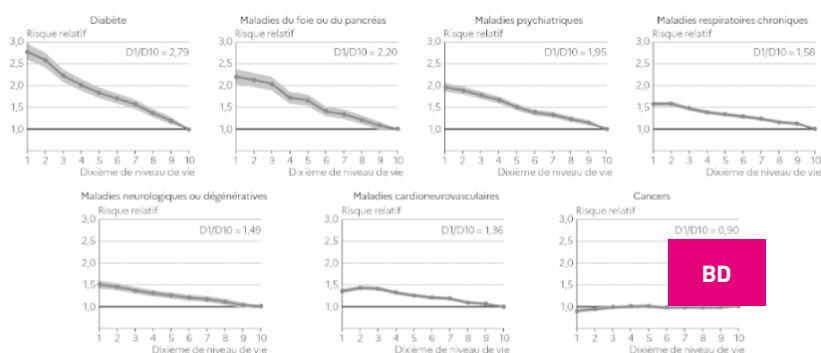
Comment améliorer l'efficacité des politiques de prévention ? Selon la littérature économique (Sicsic, Videau 2021), de nombreuses dimensions peuvent jouer sur la prévention et sont autant de leviers potentiels mobilisables par les politiques publiques : l'information, la formation des professionnels de santé, les incitations financières que ce soit au niveau de la demande (taxation de l'alcool et du tabac...) ou de l'offre (rémunérations forfaitaires plutôt que le paiement à l'acte, paiement à la performance...), le mode d'organisation des soins (exercice collectif pluriprofessionnel plutôt qu'exercice isolé), la réglementation (obligation vaccinale). Un frein historique au développement de la prévention en France est un exercice majoritairement isolé de la médecine générale adossé au paiement à l'acte. Les évolutions récentes d'organisation des soins semblent cependant aller dans un sens plus favorable à la prévention : développement d'un mode d'exercice plus collectif, que ce soit via le déploiement des maisons de santé pluriprofessionnelles ou des centres de santé, le déploiement des infirmières Asalée et plus récemment des infirmières de pratiques avancées (IPA) qui

visent à développer notamment l'éducation thérapeutique et à assurer un meilleur suivi des malades chroniques, les expérimentations tarifaires visant à promouvoir des rémunérations plus forfaitaires (expérimentations articles 51)... Ces transformations ouvrent des perspectives pour améliorer l'efficacité de la politique de prévention, encore faut-il qu'elles se déploient à une échelle suffisante. Les progrès sont réels sur les modes d'exercice plus collectifs et pluriprofessionnels, mais le déploiement des IPA ou les évolutions des modes de paiement restent à ce jour embryonnaires (HCAAM 2022). Une meilleure articulation entre la politique sanitaire et la politique éducative peut aussi servir de levier pour développer la prévention. Ainsi, afin de combler le retard pris par la France dans la vaccination anti HPV, cette vaccination sera proposée dès la rentrée scolaire 2023 à tous les élèves en classe de cinquième.

Graphique 3 : De fortes inégalités territoriales d'état de santé en France, l'exemple de la mortalité par cancer

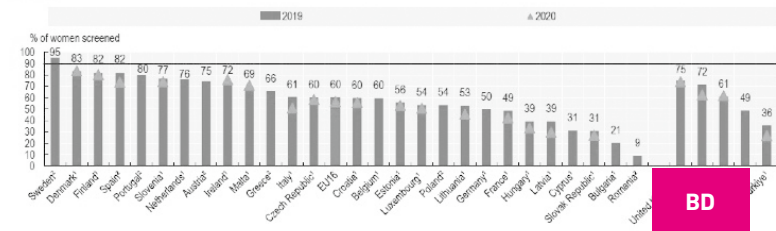


Graphique 4 : De fortes inégalités sociales d'état de santé en France, l'exemple des maladies chroniques



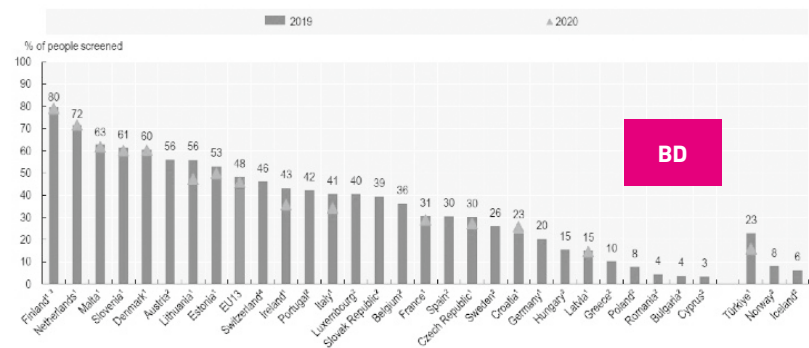
Note > L'intervalle de confiance à 95 % est indiqué par le ruban qui entoure les valeurs.
 La valeur inscrite en haut à droite de chaque graphique correspond au risque relatif des personnes les plus modestes (premier dixième) relativement aux personnes les plus aisées (dernier dixième).
 Lecture > Les personnes du dixième le plus modeste ont un risque 1,58 fois plus élevé de développer une maladie respiratoire chronique que celles du dixième le plus aisé.
 Champ > 2015-2017, France (hors Mayotte)
 Source > EDP-Santé 2017.

Graphique 5 : Des dépistages insuffisants en France, l'exemple du cancer du sein



Note: The EU average is unweighted. The 90% line reflects the EU target by 2025. 1. Programme data. 2. Survey data.
 Source: OECD Health Statistics 2022 (in many countries, the survey data come from the 2019 European Health Interview Survey).

Graphique 6 : Des dépistages insuffisants en France, l'exemple du cancer colorectal



Note: The EU average is unweighted. 1. Programme data are based on national programmes that may vary in terms of age group and frequency. 2. Survey data based on European Health Interview Survey (EHIS) and refer to people aged 50-74 screened over the past two years. 3. Data refer to regional pilots. 4. Survey data.
 Source: OECD Health Statistics 2022 and Eurostat database.

Conclusion

Si ces évolutions semblent porteuses de promesses, il n'existe malheureusement pas d'outil qui permettrait en routine d'observer chaque année l'évolution de l'activité de prévention. Il semble donc hors de portée, en l'absence d'évolution du système d'observation, de mesurer chaque année l'évolution des dépenses de prévention, donc de pouvoir apprécier leur efficacité. Avoir l'ambition de comparer les dépenses de prévention en France à celles des autres pays semble donc être un objectif difficile à atteindre, il faudrait déjà pouvoir mesurer plus précisément les dépenses de prévention en France et leurs évolutions temporelles.

Pour ce faire, il faudrait médicaliser les données du SNDS (Système National des Données de Santé). C'est aujourd'hui le cas pour les données hospitalières, avec le PMSI, mais les données de ville du SNIIRAM ne comportent pas suffisamment d'informations médicales. La perspective de la création d'un observatoire des pratiques de médecine générale était mentionnée dans la Convention d'Objectif et de Gestion signée entre l'Etat et l'assurance maladie (CNAM 2018) ; ce projet qui vise à appairer au SNDS des données médicales individuelles anonymisées à partir d'un échantillon de médecins permettrait de disposer chaque année des données afin de mieux mesurer

la prévention, et au-delà les pratiques. Il faut maintenir cette ambition d'améliorer le système d'observation et s'en donner les moyens, par exemple à travers la politique conventionnelle qui pourrait conditionner l'évolution des tarifs à l'amélioration du système d'observation. L'enjeu dépasse la question de la prévention, ce serait un outil nécessaire pour observer et améliorer l'efficacité du système de soins.

Bibliographie

Ademe (2022) « *Transitions 2050. Choisir maintenant. Agir pour le climat* » - Rapport de l'Ademe

CNAM (2018) *Convention d'objectif et de gestion entre l'Etat et la CNAM, 2018-2022*, disponible sur Ameli.fr

Cour des comptes (2021) « *La politique de prévention en santé* » - Rapport novembre 2021

DREES (2018) « *Comptes partiels de la prévention entre 2012 et 2016* » - éclairage p156 à p165 dans le rapport de la commission des comptes de la santé - édition 2018

DREES (2022 a) « *les dépenses de santé en 2021* » - Rapport de la commission des comptes de la santé - édition 2022

DREES (2022 b) « *Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie* » Études et Résultats N° 1243

DREES (2022 c) « *L'état de santé de la population en France à l'aune des inégalités* », Les Dossiers de la Drees N° 102

HCAAM (2022) « *Organisation des soins de proximité : garantir l'accès de tous à des soins de qualité* » Rapport et avis du HCAAM - septembre 2022

IRDES (2003) « *Les dépenses de prévention dans les comptes nationaux de la santé : une approche exploratoire* » Questions d'économie de la santé n° 68- Juillet 2003

IRDES (2006) « *les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France* » Questions d'économie de la santé n° 111- Juillet 2006

IRDES (2008) « *Les dépenses de prévention en France : estimation à partir des Comptes nationaux de la santé 2002* » Rapport n° 542, avril 2008

IRDES (2023) « *Économie de la prévention en santé : bibliographie thématique* »

Moisy (2019) « *Santé et vieillissement, un regard comparé sur la situation des femmes et des hommes en France et en Europe* » dans La France dans l'Union Européenne, édition 2019, Insee Références

OCDE (2017) « *How much do OECD countries spend on prevention ?* » OECD Health working paper n° 101

OCDE (2022) « *Health at Glance : Europe 2022* »

OMS (2015) « *Health in all policies* » - Rapport de l'OMS

Sicsic, Videau (2021) « *Peut-on faire l'économie de la prévention* » chapitre vii de l'ouvrage *Le système de santé français aujourd'hui : enjeux et défis* - Collège des économistes de la santé

PARTIE B : QUEL PASSAGE À L'ACTE POUR LA PRÉVENTION ?



La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées

Par **Sylvie Apparitio**, vérificatrice au sein de la 6^e chambre de la Cour des comptes, sur des dossiers hospitaliers et médico-sociaux et **Laurence Assous**, directrice générale du Crous de l'académie de Versailles



Après une carrière d'inspectrice des affaires sanitaires et sociales au sein de la DRASS d'Île de France, Sylvie Apparitio exerce une fonction de vérificatrice au sein de la 6^e chambre de la Cour des comptes, sur des dossiers hospitaliers et médico-sociaux.



Diplômée d'HEC et ancienne élève de l'ENA, Laurence Assous a travaillé à la direction de la sécurité sociale (DSS) et à la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) au ministère de la santé et à la direction de la prévision au ministère des finances, après des expériences dans des organisations internationales et dans le secteur privé. Après 4 années comme rapporteur à la Cour des comptes sur les sujets sociaux, elle a également été conseillère, entre 2012 et 2013, de la ministre déléguée chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie. Sous-directrice à la Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé à la Ville de Paris entre 2013 et 2018, en charge de l'insertion, de la lutte contre l'exclusion, de la prévention spécialisée et des centres sociaux, elle a été nommée conseillère référendaire à la Cour des comptes en 2018, où elle a réalisé des travaux notamment sur l'ordre des médecins, la mutualité sociale agricole et la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Elle est actuellement directrice générale du Crous de l'académie de Versailles.

La Cour des comptes a publié en novembre 2021 un rapport relatif à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Les lecteurs sont invités à le consulter pour prendre connaissance des constats et des recommandations que la Cour porte sur ce sujet¹.

La perte d'autonomie, dont l'incidence augmente fortement avec l'âge, n'est pas la conséquence inéluctable du vieillissement : c'est l'accumulation de pathologies qui peut conduire à la dépendance si elles ne sont pas compensées. La moitié des centenaires vivent d'ailleurs à domicile. Mais la prévention est primordiale pour limiter les effets de la transition démographique en cours.

Les développements qui suivent privilégient certaines thématiques abordées dans le rapport de la Cour dans l'objectif de mettre l'accent sur les coûts de l'inaction en matière de prévention aussi bien en termes financiers que de santé publique.

I- 1,5 MD€ DE DÉPENSES DE SANTÉ ÉVITÉES POUR UNE ANNÉE GAGNÉE D'ESPÉRANCE DE VIE SANS INCAPACITÉ SUR LA PÉRIODE 2021-2031

La France est engagée dans un processus de transition démographique, caractérisé par une augmentation de la longévité et par une croissance forte des classes d'âge les plus élevées. Seule une faible part des personnes âgées de plus de 85 ans est dépendante mais la prévalence de la perte d'autonomie croît de manière exponentielle avec l'âge. Or, le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans devrait doubler d'ici 2050. Un premier défi se situe en 2030, au moment de l'arrivée des générations nombreuses du baby-boom à l'âge où la prévalence de la perte d'autonomie devient plus importante.

En 1970, l'espérance de vie était, dans la plupart des pays européens, de 65 ans. En 2020, à 65 ans, les femmes, en France, avaient encore 23,1 années à vivre (les hommes ayant pour leur part une espérance de vie à 65 ans de 19 années)², ce qui situe la France, respectivement, au 1^{er} et 3^e rang des pays Européens.

L'espérance de vie sans incapacité (EVS), ou « années de vie en bonne santé », mesure le nombre d'années passées sans limitation d'activité³. Les résultats de la France sont moins favorables. Les femmes ont une espérance de vie en bonne santé à 65 ans de 11,8 années (5^e rang) et les hommes de 10,2 ans (10^e rang). La situation française est paradoxale : les Français vivent plus longtemps que les autres européens mais plutôt en moins bonne santé.

1 Consultable sur le site de la Cour des comptes : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-prevention-de-la-perte-dautonomie-des-personnes-agees>.

2 Les données du rapport de la Cour sur lequel cette contribution s'appuie, ont été actualisées sur la base du travail de la Drees (Études et résultats n°1258, février 2023) même si le recueil des données a pu être perturbé, selon la Drees, par la pandémie de Covid 19.

3 À l'échelle européenne, les données recueillies pour calculer l'EVS reposent sur la réponse – nécessairement subjective – à une question : « Êtes-vous limité depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé, dans l'activité que les gens font habituellement ? Oui, sévèrement limité(e) / oui, limité(e) / non, pas du tout limité(e) » (sont considérés comme sans incapacité les personnes répondant à cette question « non, pas du tout limité(e) »). Pour l'enquête 2015, en France, l'échantillon était composé de 11 390 ménages.

Les années de vie en bonne santé représentent en effet en France un peu plus de la moitié de ces années de vie supplémentaires pour les femmes comme pour les hommes. En Suède, les années de vie sans incapacité représentent 81 % de l'espérance de vie à 65 ans des hommes et 77 % de celles des femmes.

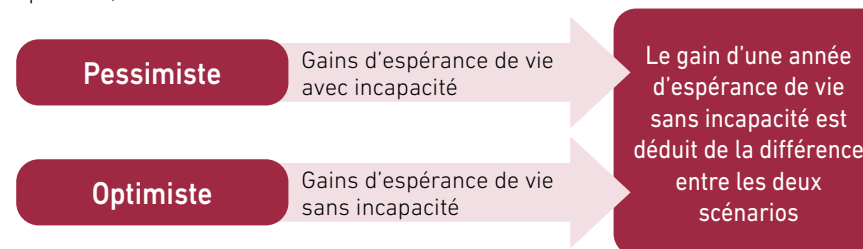
Tableau n° 1 : Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à 65 ans comparées en 2020

	Espérance de vie à 65 ans		Dont espérance de vie en bonne santé		Rang (en Europe)	
	♀	♂	♀	♂	♀	♂
France	23,1	18,4	51%	54%	5	10
Danemark	21,2	18,4	56%	57%	4	6
Suède	21,4	18,9	77%	81%	1	1
Pays-Bas	20,7	18,2	47%	55%	14	11
Espagne	22,4	18,4	51%	63%	7	3

Source : Drees d'après données Eurostat.

Or, toute année d'espérance de vie sans incapacité supplémentaire représente un gain financier non négligeable. Dans l'idée d'esquisser un premier chiffrage des gains à attendre d'une amélioration de l'espérance de vie sans incapacité, la Cour a établi un modèle de projection des dépenses de santé, dénommé Pandore, afin d'estimer les dépenses évitées par le gain d'une année supplémentaire d'espérance de vie sans incapacité. Le modèle combine trois modules de données : démographique⁴, de prévalence de l'incapacité⁵ et de dépenses de soins⁶.

Entre 2013 à 2021, les Français ont gagné, à 65 ans, une année d'espérance de vie supplémentaire. Ils vivront une année de plus au cours de la période 2021-2031. L'estimation des dépenses supplémentaires liées à une année de vie supplémentaire en bonne santé résulte de la différence entre la progression des dépenses de santé constatée dans un scénario (pessimiste) où l'année de vie supplémentaire se déroule avec incapacité et celle constatée si cette année se déroule sans incapacité (scénario optimiste).



4 Scénario central de l'Insee pour la France métropolitaine.

5 Issues de l'enquête Care-ménages 2015 (dépenses de santé par classe d'âge et par type de pathologie) sur les seniors vivant à domicile.

6 Extraites du système national des données de santé (SNDS).

Dans le scénario pessimiste, l'évolution démographique se fait à état de santé constant. Dans cette hypothèse le taux de prévalence de l'incapacité par âge est égal à celui observé à la période précédente. Dans le scénario optimiste, à l'inverse, tous les gains d'espérance de vie sont considérés comme étant en bonne santé. Cela revient donc à projeter une amélioration de l'état de santé moyen à âge donné.

Tableau n° 2 : Estimation des dépenses évitables par le gain d'une année supplémentaire d'espérance de vie en bonne santé

Indicateur	Scénario	Dépenses de santé des plus de 65 ans en 2021 (en M€)	Dépenses de santé des plus de 65 ans en 2031 (en M€)	Écart (en M€)	Estimation surcoût (en M€)	Surcoût (en %)
Incapacité	Optimiste	121 289	146 970	25 681	1 565	6 %
	Pessimiste	122 359	149 605	27 246		

Source : Cour des comptes

Pour la période 2021-2031, le gain d'une année d'espérance de vie sans incapacité (EVS) est de 1,5 Md€, soit 6 % de la hausse des dépenses de santé prévisible.

Cette estimation constitue le bas de la fourchette des économies potentielles. En effet, elle ne prend pas en compte par exemple, faute de données sur les dépenses médico-sociales par âge, les économies en matière d'Apa (allocation pour l'autonomie). Les données utilisées ne portant que sur les personnes à domicile, les dépenses de santé en Ehpad ne sont pas non plus intégrées dans le calcul. Par ailleurs, cette estimation ne prend pas en compte les gains, non financiers, en matière de qualité de vie et de socialisation.

II- UNE POLITIQUE CONSENSUELLE SUR LE FOND, L'EXEMPLE DE LA PRÉVENTION DES CHUTES

Les chutes sont un marqueur d'entrée dans la dépendance et un bon témoin de l'état de santé global de la population âgée. Elles ne constituent pas une fatalité et nombre d'entre elles pourraient être évitées. Une action plus déterminée de prévention améliorerait la qualité de vie des individus (et leur survie dans de très nombreux cas) et constituerait une source non négligeable d'économies pour le système de soins.

Les chutes des personnes âgées occasionnent, chaque année en France, plus de 10 000 décès de personnes de plus de 65 ans. Elles peuvent aussi avoir pour conséquence l'entrée en institution ou la réduction des activités et de la mobilité par peur de chuter de nouveau. Les chutes sont une illustration des efforts trop timides menés en matière de prévention. Des causes multifactorielles sur lesquelles il est possible d'agir ont été identifiées dans de nombreux travaux : la présence de comorbidités, la prise de psychotropes (et de façon plus générale l'iatrogénie médicamenteuse), la sédentarité, l'inadaptation du logement, etc.

Comme la plupart des pays européens, la France est mal classée en matière d'incidence des chutes⁷ selon les données disponibles du *Global Burden of Disease*⁸. Les habitants des pays nordiques (la Norvège tout particulièrement) mais également le Canada et l'Australie sont davantage touchés que des pays du sud de l'Europe.

Carte n° 1 : Nombre de chutes pour 100 000 habitants de 70 ans et plus en 2019 (données déclaratives)



Source : Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)

Parmi le panel de pays étudiés dans l'analyse comparée de la Cour, la France avait les plus mauvais résultats européens en termes d'incidence des chutes, après la Norvège, (6^e position sur 22). Venaient ensuite la Suède (10^e), les Pays-Bas (12^e), le Danemark (13^e), le Royaume Uni (16^e) et enfin l'Espagne qui se situait au 18^e rang.

En ce qui concerne la mortalité associée à ces chutes, la France présentait également les plus mauvais résultats, derrière la Norvège et les Pays-Bas, avec 2,7 % des décès causés par les chutes.

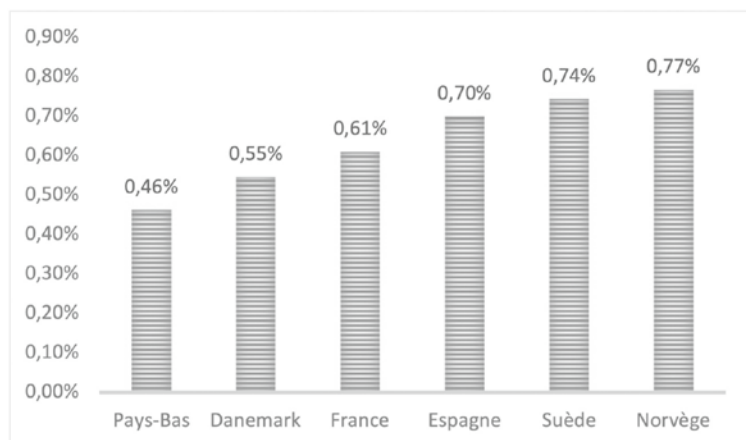
Pour éviter les réels biais liés à ces enquêtes déclaratives, la Cour a recueilli, auprès de sept pays, des données sur le nombre d'hospitalisations en raison d'une fracture du col du fémur des 65 ans et plus en 2019 : la France a un taux d'incidence plus élevé que les Pays-Bas, le Danemark, le Royaume-Uni⁹ mais moindre que l'Espagne.

7 Haagsma JA, Olij BF, Majdan M, et al., *Falls in older aged adults in 22 European countries: incidence, mortality and burden of disease from 1990*. Inj Prev 2020.

8 Les résultats Global Burden of Disease sont principalement issus d'enquêtes déclaratives basées sur l'administration de questionnaires à la population de 22 pays européens en 2017, en particulier à partir de la réponse à la question « Pendant les 6 derniers au moins, avez-vous chuté ? ».

9 Au Royaume-Uni (hors Ecosse), pour les 60 ans et plus en 2018, ce taux est de 0,45 % contre 0,49 % en France (la donnée 65 ans et plus n'était pas disponible, ce qui explique pourquoi le Royaume-Uni ne figure pas dans le graphique).

Graphique n° 1 : Taux d'incidence des fractures du col du fémur en 2019 pour les 65 et plus dans six pays



Source : Cour des comptes, d'après données recueillies auprès des pays du panel.

Le coût financier pour l'assurance maladie des hospitalisations pour chutes s'est élevé en 2019 à 600 M€. Mais les parcours de soins de ces patients, avant et après leur prise en charge hospitalière, génèrent également des dépenses importantes comme l'a montré la comparaison, par le CHU de Toulouse¹⁰, de leurs parcours avec ceux d'un groupe témoin.

L'intérêt de ce travail, réalisé pour le rapport de la Cour, est de chiffrer les dépenses engagées pendant les deux années qui suivent, tant il est vrai que le séjour hospitalier, relativement bref, ne constitue qu'une partie des prises en charge dont bénéficiera le patient. Les coûts des deux années qui précèdent ont également été estimés et il s'avère que les « patients chuteurs » ont, avant même la chute, une consommation de soins plus élevée, indice possible d'une plus grande fragilité.

L'ANALYSE ÉCONOMIQUE DES PARCOURS

Le coût de prise en charge¹¹ deux ans avant et deux ans après la chute a été calculé pour les deux groupes :

- entre deux ans et un an avant la chute, le surcoût annuel s'élevait à 1 294 € pour les « patients chuteurs » ;
- un an avant la chute le surcoût annuel était de 2 378 € ;
- entre la chute et un an après, le surcoût annuel atteignait 11 796 € pour les « patients chuteurs » (principalement en raison de l'hospitalisation) ;
- entre un an et deux ans après la chute, le surcoût annuel persiste par rapport au groupe témoin mais il n'est plus que de 1 656 €.

¹⁰ Costa N., Fabre D., Mounié M., Molinier L. « Évaluation de l'incidence et du coût des Prises En Charge hospitalières Communément Associées aux Chutes (Peccac) des personnes âgées et des parcours de soins correspondants » CHU de Toulouse, février 2021.

¹¹ Hospitalisations, soins ambulatoires, médicaments, transports, etc.

Appliqué aux 96 000 patients de plus de 75 ans hospitalisés en 2019 pour une chute, le surcoût de l'année suivant la chute par rapport à l'année précédente serait donc de **0,9 Md€**. Ce calcul constitue, là encore, une fourchette basse qui n'inclut pas les dépenses d'Apa et d'hébergement en Ehpad survenant fréquemment à la suite d'une chute.

Alors que la loi de santé publique de 2004 avait fixé un objectif de réduction de 25 % du nombre annuel de chutes des personnes de 65 ans et plus, à un horizon de cinq ans, cet objectif n'avait pas été reconduit ni repris dans la stratégie nationale de santé 2018-2022.

Conformément à la recommandation de la Cour qui préconisait de fixer un nouvel objectif ambitieux de réduction de l'incidence des chutes¹², le ministère chargé de l'autonomie a annoncé en février 2022 un plan de réduction de 20 % des chutes mortelles ou invalidantes des personnes de 65 ans et plus d'ici 2024.

III- UNE OFFRE GRADUÉE POUR RÉPONDRE À CHACUN SELON SON BESOIN

Le paradoxe français (une longévité enviable mais de longues années passées avec des incapacités) interroge. La moindre place faite à la prévention par rapport à d'autres pays constitue l'une des explications possibles.

La mise en œuvre actuelle des actions de prévention, réparties entre de nombreux acteurs, parfois partenaires, souvent concurrents, n'aide pas à appréhender leurs contours, leurs contenus et par là même leurs résultats. Les acteurs en charge à un titre ou à un autre de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées sont en effet nombreux : conseils départementaux, qui versent l'Apa aux personnes de plus de 60 ans évaluées en Gir 1 à 4¹³ ; caisses de retraite qui entendent favoriser le vieillissement en bonne santé des retraités par des actions collectives de prévention et par des plans d'aide à domicile pour les plus fragiles en Gir 5 et 6 ; agences régionales de santé (ARS) ; caisses primaires d'assurance maladie (Cpam) par l'accès aux soins et le co-financement d'aides techniques (cannes, fauteuils roulants, etc.) ; l'Agence nationale de l'habitat (Anah) en charge de l'adaptation des logements ; les communes et les EPCI¹⁴ sur le volet prévention primaire et lutte contre l'isolement, mais également les bailleurs sociaux, les mutuelles, de nombreuses associations ainsi que les régions par les financements qu'elles peuvent apporter en particulier à la recherche. L'instance de concertation et de coordination que constituent les conférences des financeurs de la prévention de la perte de l'autonomie (CFPPA)¹⁵, présidées par les départements, représente un progrès réel et traduit le souci d'œuvrer en commun en faveur des territoires. Il n'en demeure pas moins que beaucoup d'initiatives, d'actions et de financements échappent aux CFPPA et que les usagers demeurent confrontés,

¹² La Cour a chiffré à 225 M€ la diminution minimum des dépenses de santé à attendre d'une réduction de l'ordre de 25 % de ce taux d'incidence à horizon de cinq ans.

¹³ Les degrés de perte d'autonomie sont classés en six groupes iso-ressources (Gir) auxquels correspondent des besoins d'aides différents. Seuls les Gir 1 à 4 ouvrent droit à l'Apa. La personne relevant des Gir 5 (besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage) ou 6 (encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante) n'a pas droit à l'Apa mais peut demander une aide à sa caisse de retraite.

¹⁴ Établissements publics de coopération intercommunale.

¹⁵ Instaurées par la loi d'adaptation de la société au vieillissement (dite loi ASV) du 28 décembre 2015.

trop fréquemment encore, à des interlocuteurs multiples, au risque de renoncer à entreprendre les démarches dont ils auraient besoin.

Des marges de progrès ont été identifiées par la Cour. Elles auraient un impact non seulement sur les économies à attendre d'une prévention mieux menée mais également sur les indicateurs de santé publique. Pour les mettre en œuvre et, *in fine*, améliorer l'espérance de vie sans incapacité, la prévention doit devenir une priorité partagée par les acteurs et l'ensemble de la population.

Une offre de prévention graduée pourrait en particulier offrir à chaque personne âgée une intervention adaptée à son besoin spécifique, tout en absorbant l'augmentation numérique substantielle à venir des potentiels bénéficiaires. Cette offre comprendrait trois niveaux :

- au premier niveau, une information générale accessible ;
- au deuxième niveau : une politique « d'aller vers »¹⁶, assortie de la possibilité d'une visite conseil à domicile ;
- un troisième niveau, réservé aux plus précaires socialement ou aux personnes isolées.

III.1/ L'information et la sensibilisation du plus grand nombre

La communication autour de la prévention de la perte d'autonomie souffre de dispersion. Les campagnes de communication grand public, dont l'efficacité a été démontrée sur d'autres sujets (sécurité routière notamment), font particulièrement défaut.

Un site www.pourbienvieillir a été créé en 2016 en partenariat avec Santé publique France (SPF), afin d'apporter des conseils communs en prévention ainsi qu'une présentation unique des offres. La CNSA gère pour sa part le portail pour-les-personnes-agees.gouv.fr, axé sur l'aide à l'autonomie. Ces deux sites constituent les principaux points d'entrée pour s'informer mais la politique de référencement réciproques n'apparaît toujours pas optimale.

De la même façon, la stratégie « Vieillir en bonne santé » (janvier 2020) prévoyait le déploiement d'une application dénommée « agir à mi-vie pour une avancée en âge en santé », à destination des 40-45 ans, qui n'a pas été mise en œuvre à ce jour.

Au-delà des actions ciblées de prévention de la perte d'autonomie, il est important que les messages relatifs à la prévention primaire soient mieux relayés, tout au long de la vie. Le levier des organismes de sécurité sociale paraît à cet égard insuffisamment exploité : le compte Ameli par exemple, souvent consulté par les assurés, ne porte pas assez de messages de prévention.

La création d'une plateforme téléphonique axée sur l'orientation et des conseils personnalisés en prévention comme sur l'accès au droit à la compensation de la perte d'autonomie pourrait utilement compléter l'offre de portails d'information, en particulier pour les publics éloignés du numérique.

¹⁶ Ce concept, formulé initialement en matière de lutte contre la pauvreté, est utilisé dans de nombreuses politiques sociales pour inciter les professionnels à aller au-devant des usagers pour lutter contre le non-recours aux prestations, aux soins, etc.

Le recours à l'information en ligne est en effet complexe, voire inaccessible, pour de nombreuses personnes âgées. La délivrance d'une information généraliste, dans un lieu d'accueil physique doit demeurer possible.

Les Carsat¹⁷ doivent de ce point de vue intensifier leurs efforts d'information et de réorientation des demandeurs. En 2021, les décisions de rejet d'une demande d'aide n'étaient que trop rarement accompagnées d'une information sur les autres solutions mobilisables. Un progrès sensible aurait consisté pour la Cour à assortir systématiquement les courriers de refus d'une orientation vers un autre type d'intervention de la caisse ou de l'un de ses partenaires.

III.2/ Une politique « d'aller vers » conjuguée à un accès universel à une visite conseil à domicile

Réorienter les actions collectives vers les plus vulnérables et réussir à déployer un rendez-vous « jeune retraité »

Les actions collectives de prévention, mises en œuvre le plus souvent par les caisses de retraite, touchent un nombre non négligeable de personnes âgées (1,5 million en 2019 pour un coût de 110,20 M€), malgré des disparités entre territoires. Réalisées le plus souvent sous la forme d'ateliers, elles ne bénéficient cependant pas assez à ceux qui en ont le plus besoin : 52 % des participants ne sont pas isolés, 80 % utilisent leur voiture au quotidien, 60 % pratiquent une activité intellectuelle ou culturelle plusieurs fois par mois, 63 % ont six contacts ou plus par semaine, 79 % pratiquent une activité physique et 87 % ont consulté un médecin généraliste au cours des douze derniers mois.

Cela tient à ce que des méthodes empiriques (affichage, relais par les communes, publication d'encarts dans la presse, bouche-à-oreille) alimentent à ce jour les inscriptions aux ateliers. Le ciblage des retraités fragiles d'un point de vue socio-économique se limite à l'organisation d'ateliers sur les territoires où ils sont réputés plus nombreux.

Globalement, l'utilisation par les Carsat des informations dont elles disposent pour adresser des invitations aux assurés vulnérables était encore trop marginale lors de l'enquête de la Cour. L'article 6 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) autorise pourtant le croisement de données nominatives entre organismes de sécurité sociale afin de repérer les retraités en risque de perte d'autonomie. Mais il n'avait pas été mis en œuvre, privant les caisses d'un outil de ciblage indispensable.

Le rendez-vous de prévention « jeune retraité » relève de la même dynamique de repérage des situations les plus à risque. Il a connu pourtant des débuts difficiles expliqués, au moins partiellement, par la crise sanitaire. Moins de 1 000 personnes en ont bénéficié en 2020.

¹⁷ Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (régime général).

LE RENDEZ-VOUS JEUNE RETRAITÉ

Créé en 2020 et ciblant plus particulièrement les personnes éloignées des soins¹⁸, ce dispositif vise les personnes retraitées depuis 6 à 18 mois. Il permet d'évaluer leur situation dans une approche médico-psycho-sociale, avec l'objectif de promouvoir le bien vieillir, de prévenir et diagnostiquer les maladies chroniques et de repérer les freins à l'accès aux soins. Une synthèse est communiquée au médecin traitant et une orientation est faite vers les ressources du territoire.

L'objectif est également de faire converger les offres trop dispersées de différents acteurs¹⁹, grâce à la définition d'un référentiel commun de pratiques, et de coordonner leurs interventions, faute de quoi, une personne âgée peut être sollicitée par plusieurs organismes comme par aucun.

L'inscription dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 d'un accès gratuit à des consultations médicales à trois âges clefs de la vie (20-25 ans, 40-45 ans et 60-65 ans) témoigne d'un souci de développer une politique de prévention tout au long de la vie.

La consultation entre 60-65 ans aura pour objectif de prévenir la perte d'autonomie, repérer l'apparition des premières fragilités liées à l'âge²⁰, analyser tous les aspects de la santé de chaque senior (audition, vision, nutrition, sommeil, locomotion, santé mentale, activités sociales et physiques, risque d'isolement), et leur délivrer des recommandations pour vieillir en bonne santé.

Intégrer à l'offre de services une visite conseil à domicile

Une évolution des visites à domicile proposées par les caisses de retraite serait utile. Organisées aujourd'hui dans le seul but de mettre en place des plans d'aide personnalisés (Pap), elles pourraient devenir des « visites conseils prévention » permettant à la fois de proposer l'intervention d'un personnel qualifié aux retraités en demande et d'être en mesure de repérer les situations critiques nécessitant une réponse rapide.

Le nombre de plans d'aide finançables étant contingenté par le montant des budgets d'action sociale disponibles, les évaluations à domicile préalables sont limitées sur la base d'un pré-ciblage²¹. Une visite conseil à domicile pourrait être proposée

18 Absence de complémentaire santé, de déclaration de médecin traitant, de consommation de consultation de médecine générale en ambulatoire dans les 12 derniers mois, titulaire de la complémentaire santé solidaire (l'Agirc-Arrco n'ayant pas accès à ces informations a notamment ciblé la situation fiscale).

19 Rendez-vous ciblés sur les plus éloignés du système de soins proposés par les centres d'examen de santé de la Cnam, Instants santé de la MSA, centres de prévention de l'Agirc-Arrco, etc.

20 Bien que le vieillissement ne soit pas uniforme et dépende du patrimoine génétique et du vécu de chacun, de son niveau d'éducation, de l'hygiène de vie, etc.

21 La grille de pré-ciblage permet de limiter les évaluations à domicile aux personnes ayant un score élevé de fragilité (ressources, âge, hospitalisation, chute...). Ce score peut fluctuer selon les années en fonction de l'enveloppe budgétaire disponible.

Les Carsat qui utilisent cet outil (toutes ne le font pas et certaines se contentent d'un critère d'âge) révisent ainsi, si besoin, en cours d'année, le score ouvrant droit à une évaluation à domicile, pour ne pas dépasser l'enveloppe budgétaire disponible.

aux retraités dont la demande a été rejetée pour ces motifs budgétaires, quel que soit leur régime de retraite. Des conseils sur la prévention, sur l'adaptation du logement et une information sur les ressources de leur territoire²² leur seraient dispensés à cette occasion.

Une visite à domicile peut également permettre d'atteindre un public qui ne souhaite pas ou ne peut pas répondre à une proposition de rendez-vous à l'extérieur. Le repérage des personnes fragiles les plus à même de bénéficier de cette offre constitue, là également, la difficulté essentielle. C'est à cet objectif que cherchait à répondre le projet Nacre²³, expérimenté en 2021 par la CNAV en lien avec le gérontopôle de Toulouse. Destiné aux retraités âgés de 68 ans non assujettis à la CSG²⁴, cette visite à domicile conduite par un travailleur social devait permettre de délivrer des messages de prévention ciblés et orienter vers l'offre proposée par les caisses de retraite.

Pour affiner le ciblage au-delà du critère de non-assujettissement à la CSG, il pourrait être intéressant d'évaluer le risque de fragilité des cotisants âgés de 60 à 79 ans par croisement de données administratives, médicales et sociales²⁵.

Ces visites à domicile serviraient également à informer sur les aides techniques disponibles afin d'en accroître la diffusion. Si elles sont centrales pour compenser certains déficits fonctionnels et ainsi préserver l'autonomie, elles restent relativement méconnues et sous-utilisées. Cela suppose que les équipes chargées de l'évaluation à domicile des personnes âgées disposent d'une bonne connaissance des aides existantes mais maîtrisent également les modalités complexes de leur financement.

Accompagner les plus démunis

L'aide apportée par les caisses de retraite à des personnes isolées, âgées, dont les ressources sont faibles, par l'intermédiaire de services d'aide à domicile, favorise le maintien à domicile de nombreuses personnes. Les bénéficiaires d'un plan d'aide personnalisé (Pap) sont des femmes dans 77 % des cas. La moyenne d'âge, stable dans le temps, s'établit à 82 ans. Les écarts territoriaux et entre régimes observés malmènent toutefois le principe d'un même droit pour tous, partout. La poursuite d'une plus grande convergence est indispensable.

Les prestations accordées dans le cadre des Pap du régime général sont déterminées en fonction des besoins du retraité, dans la limite de 3 000 € par bénéficiaire et par an, y compris sa participation, comprise entre 10 et 75 % selon son revenu. Ces plans ont permis une diversification des aides mises à disposition des bénéficiaires. L'aide à domicile représentait certes encore 60 % des prestations en 2019, mais de la téléassistance, des aides techniques, des sorties accompagnées ou de l'aide à la gestion administrative peuvent également être financées.

À compter de 2021, la CNAV devait déployer un nouveau dispositif, l'« offre de services coordonnée pour l'accompagnement à la retraite » (Oscar), intégrant, outre les Pap, l'intervention d'un coordinateur pour les situations complexes et incluant

22 Le surcoût de cette mesure a été estimé à environ 10 M€ pour le régime général, à comportements constants, si l'ensemble des retraités dont la demande avait été rejetée bénéficiaient d'une telle visite.

23 Nouvel accompagnement coconstruit des retraités.

24 C'est-à-dire dont le revenu fiscal de référence ne dépasse pas 11 408 € en métropole.

25 A l'instar du dispositif PARI mis en œuvre par le régime social des indépendants à partir de 2016.

un forfait de prévention de 500 € sans reste à charge, pour lever les premiers freins au recours. Ce forfait de prévention devait permettre de financer une palette diversifiée de prestations ponctuelles touchant notamment au cadre de vie et à la sécurité à domicile, comme changer une ampoule, évitant ainsi à la personne de prendre le risque de monter sur un escabeau.

D'autres aides pourraient être intégrées à une offre graduée. C'est le cas de l'aide aux situations de rupture (Asir) qui n'a bénéficié, en 2019, qu'à 6 000 retraités en situation de veuvage ou dont le conjoint est parti en établissement. Non déployée à ce stade dans l'ensemble des régimes ni même des Carsat, elle pourrait être repensée et proposée systématiquement, par exemple, aux situations nouvelles de versement d'une pension de réversion.

Conclusion

Si les effets de la transition démographique liée à l'allongement de la vie sont assez mécaniques, le poids des déterminants sociaux et environnementaux de la perte d'autonomie est bien connu : les conditions et parcours de vie des personnes (ressources, contraintes, environnement, etc.), le contexte dans lequel elles évoluent (protection sociale, système de santé ou services disponibles) entravent ou favorisent tout aussi sûrement le vieillissement en bonne santé.

Les conditions d'un « *vieillesse réussie* » sont partagées par les médecins comme les acteurs sociaux et médico-sociaux. Une activité physique et un logement adaptés, des liens sociaux, familiaux et amicaux, une offre de soins accessible géographiquement et financièrement, une offre culturelle et de loisir diversifiée, une alimentation équilibrée, constituent autant de facteurs participant au bien vieillir. Il est possible de les infléchir et ainsi d'agir sur la prévalence de la perte d'autonomie.

Le virage préventif peine pourtant à se dessiner alors que ni les constats, ni les outils ne font débat. L'une des raisons est à rechercher dans la dispersion et la multiplicité des acteurs. L'internalisation de cette complexité constitue une condition de réussite de cette politique. Or, c'est certainement là que résident les transformations les plus complexes, le système actuel résultant de l'accumulation de strates et de décisions opportunes à un moment donné sans cohérence d'ensemble. De ce point de vue, la simplification, la mise en œuvre de guichets uniques, le décloisonnement, l'homogénéisation et l'harmonisation des dispositifs doivent guider l'action publique.

L'offre d'accompagnement graduée signifie que les moyens humains et financiers seront mobilisés à proportion des besoins des personnes âgées. Elle constitue une réponse à une exigence d'équité que les mécanismes actuels de prévention de la perte d'autonomie ne garantissent pas.

Une politique de prévention rénovée permettra d'atténuer le choc démographique en cours, sans toutefois pouvoir l'absorber totalement. Il demeure en effet fondamental d'anticiper des besoins d'accompagnement qui seront croissants²⁶.

²⁶ La situation de la Suède dont le processus de vieillissement est plus avancé qu'en France est à cet égard éclairante : ayant adopté un modèle domiciliaire il y a une cinquantaine d'années, le pays ne dispose plus aujourd'hui de suffisamment de places en Ehpad. Certains aidants réclament en conséquence un droit opposable à la prise en charge en établissement (Source : rapport Grand âge et autonomie, mars 2019).

ICOPE : Un exemple de parcours intégré de prévention pluridisciplinaire pour faire face aux enjeux de la dépendance¹

Par **Cendrine Blazy**, responsable de l'unité politique du vieillissement de l'ARS Occitanie, **Sophie Chabrière**, pilote du déploiement de la démarche ICOPE sur la région Occitanie et **Adam Calvet**, infirmier diplômé d'état et étudiant en master de santé publique mention Gestion des Institutions et Services de Santé à l'université Paul Sabatier



Après avoir travaillé 14 ans au ministère de la santé dans plusieurs directions en tant que chargée de mission, puis manager, Cendrine Blazy a intégré en 2018 l'ARS Occitanie en tant que responsable de l'unité politique du vieillissement. Elle y pilote et conçoit avec l'aide de son équipe et 13 délégations départementales les politiques régionales en faveur des personnes âgées. L'Occitanie compte plus de 1 100 établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées qui représentent un budget de 1,5 Md€.



Après un cursus universitaire en sciences sociales puis en santé publique, Sophie Chabrière, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, exerce au sein de l'ARS Occitanie depuis 2010. Elle a contribué au déploiement du plan Alzheimer dans le département de l'Aveyron, avant de s'investir pendant près de 10 ans dans la mise en œuvre des politiques publiques en faveur des personnes en situation de handicap sur le département de la Haute-Garonne en tant que responsable de l'unité. Elle poursuit son engagement dans le champ du médico-social en faveur des personnes en situation de fragilité en contribuant à répondre aux enjeux du secteur au sein de l'unité vieillissement de la direction régionale de l'offre de soins et de l'autonomie. Elle est depuis 2020 pilote du déploiement de la démarche ICOPE sur la région Occitanie.



Adam Calvet est infirmier diplômé d'état et étudiant en master de santé publique mention Gestion des Institutions et Services de Santé à l'université Paul Sabatier. Il a rejoint l'ARS Occitanie en appui sur le déploiement des expérimentations ICOPE ainsi que sur la mise en place de la déclinaison régionale du plan national antichute.

¹ Les auteurs de l'article remercient tout particulièrement le directeur général de l'ARS Occitanie, Monsieur Didier JAFFRE, pour son soutien au projet ICOPE et à la rédaction de cet article, ainsi que le Professeur Bruno VELLAS, responsable du Gérontopôle du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse et directeur du centre collaborateur de l'OMS sur la fragilité, la recherche clinique et gérosience et la formation en gériatrie, pour le pilotage et l'expertise apportée pour le déploiement d'ICOPE et son soutien à la rédaction de cet article.

Pour faire face à l'augmentation de 60 % du nombre de séniors dépendants d'ici 2040 en Occitanie, l'Agence Régionale de Santé (ARS) a fait le choix d'investir dans le déploiement du programme de prévention de la perte d'autonomie, élaboré par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), appelé ICOPE (integrated care for older people). Ce programme est un parcours de prévention de la perte d'autonomie des personnes de 60 ans et plus, basé sur l'évaluation et le suivi de six capacités fonctionnelles : la mobilité, la cognition, l'audition, la vision, la thymie et l'état nutritionnel. Composé de cinq étapes, l'objectif de ce programme est à la fois simple et ambitieux : son but est de restaurer les capacités fonctionnelles de la personne et de ralentir la perte d'autonomie afin de la maintenir le plus longtemps possible à domicile. Porté depuis 2007, en Occitanie, par l'équipe du Professeur Vellas du Gérotopôle du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse, l'expérimentation est soutenue par l'ARS et a connu une nette accélération grâce à l'intervention du ministère chargé de la santé en 2022. Au-delà de l'expérimentation nationale déployée en Occitanie par trois porteurs, le Gérotopôle de Toulouse, le dispositif d'appui à la coordination du Lot (DAC 46) et l'association Filièris, sur une partie de la région, l'ARS a souhaité faire bénéficier l'ensemble de la région du projet et a fixé un objectif d'intégrer 65 000 séniors au programme d'ici fin 2024.

Un an après la publication du cadre national, les premiers retours de terrain montrent un démarrage réussi dû au programme qui recueille l'adhésion des professionnels, aux conditions satisfaisantes de son déploiement, à la valorisation du programme, ainsi qu'à la forte mobilisation des acteurs des territoires. Ces facteurs de réussite s'accompagnent cependant de freins contextuels et structurels, tels que la pénurie de médecins traitants ou d'infirmiers, ou encore les difficultés à coordonner les actions des acteurs de terrain, qu'il faudra savoir dépasser pour poursuivre le déploiement de façon satisfaisante et envisager un éventuel déploiement dans d'autres régions.

Au-delà de ces difficultés structurelles, l'ambition du projet et les enjeux dans un avenir proche sont tels qu'ils interrogent sur le modèle relativement classique adopté pour cette expérimentation et nécessitent certainement d'aller beaucoup plus loin dans l'expérimentation en s'autorisant de nouveaux modes de rémunération, de nouvelles organisations et de nouvelles modalités de prise en charge. Le programme ICOPE semble démontrer que l'investissement dans un programme de prévention de la fragilité n'est pas vain mais permettrait à la société française de relever le défi du vieillissement démographique, à condition de porter cette ambition jusqu'au bout et de s'appuyer sur de nouvelles organisations qui pour certaines sont encore à inventer. Si l'expérimentation ICOPE paraît être une grande avancée, elle nous oblige à repenser notre système. Le travail ne fait que commencer.

I- LE « DÉFI » DU VIEILLISSEMENT DÉMOGRAPHIQUE QUI A AMENÉ L'OCCITANIE À SOUTENIR LE PROGRAMME ICOPE

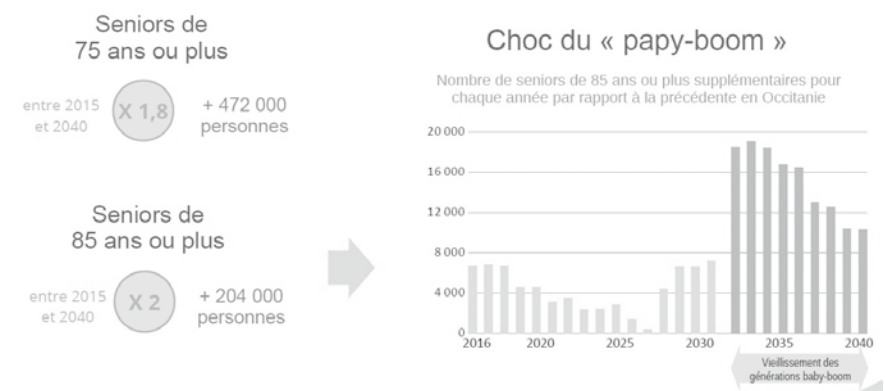
La France connaît aujourd'hui une importante transition démographique liée à l'arrivée en âge avancé des générations nées après-guerre, ainsi qu'à l'allongement de l'espérance de vie, entraînant un vieillissement démographique. En effet, selon

l'INSEE², la population des 75 ans et plus sera multipliée par 2,5 entre 2000 et 2040 et représentera plus de 10 millions de personnes en 2040. Toujours selon l'INSEE³, ce vieillissement de la population française entraînera une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, avec 50 % de personnes dépendantes en plus d'ici 2040. Dans ce contexte, la dépendance, qui se définit comme étant un besoin d'aide pour accomplir les gestes essentiels de la vie quotidienne (toilette, déplacements, tâches domestique, etc.), est une préoccupation partagée dont l'anticipation et la prévention constituent les réponses à apporter et à préparer.

La région Occitanie est particulièrement concernée par ce phénomène. Avec 608 000 habitants de 75 ans et plus, l'Occitanie se hisse au deuxième rang des régions de métropole aux parts les plus élevées de personnes âgées, après la Nouvelle Aquitaine. Une analyse INSEE, spécifique à l'Occitanie et datant de 2019⁴, prévoit une augmentation de 60 % du nombre de séniors dépendants dans la région d'ici 2040.

Selon ces projections, à l'horizon 2040, la région Occitanie devrait comptabiliser :

- 472 000 séniors de plus de 75 ans en plus par rapport à 2019, soit 1,8 fois plus qu'en 2015 ;
- 409 000 séniors de plus de 85 ans, soit une multiplication par 2 entre 2015 et 2040 ;



- 306 000 séniors dépendants de 75 ans ou plus, soit une augmentation de 60 % prévue entre 2015 et 2040 ;
- Un tiers des séniors de plus de 75 ans qui seront en situation de dépendance.

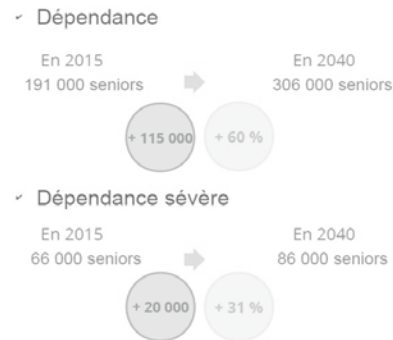
2 INSEE, *La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040* La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 – Données sociales : La société française | Insee

3 Ibid.

4 INSEE ANALISES OCCITANIE, *L'Occitanie face aux enjeux du grand âge : 115 000 séniors dépendants de plus en 2040* Disponible sur : L'Occitanie face aux enjeux du grand âge : 115 000 séniors dépendants de plus en 2040 – Insee Analyses Occitanie - 86



Données et graphiques INSEE, 2019



Cette augmentation du nombre de personnes dépendantes induit la question de leur prise en charge. Les prises en charge proposées, actuellement binaires (soit en institution, soit au domicile), reposent sur un équilibre fragile entre la solidarité familiale (proches-aidants) et la solidarité collective.

À ce jour, la région compte près de 61 000 places en EHPAD et un sénior dépendant sur quatre y est hébergé (soit 25 % des personnes âgées dépendantes). Compte tenu de l'évolution démographique et de l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes, les scénarios de l'Insee prévoient qu'en 2040, environ 82 % des personnes âgées dépendantes devront être prises en charge à domicile. En 25 ans, il est dès lors envisagé une augmentation de la prise en charge à domicile passant de 74 % (2015) à 82 % (2040). L'impact de la crise sanitaire qui a pu mettre en lumière certaines contraintes à vivre en EHPAD, non intégrées dans l'étude INSEE 2019, couplé aux aspirations nouvelles de la génération dite des « papy boomers », pourraient encore accroître ces chiffres.

Consciente du défi à relever dès 2030, l'ARS Occitanie a rapidement souhaité investir dans la prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées avec en particulier deux objectifs pour permettre le maintien à domicile des personnes âgées qui le souhaitent : le renforcement des solutions de prise en charge à domicile pour garantir une prise en charge de qualité et individualisée, et l'expérimentation de dispositifs pour retarder l'entrée dans la dépendance. C'est ainsi que dans son projet régional de santé (PRS) 2018-2022, le repérage de la fragilité chez les personnes âgées a été inscrit comme une des priorités régionales.

Pour traduire ces ambitions, l'ARS a soutenu dès 2019 les travaux concernant le programme ICOPE (integrated care for older people) menés par l'équipe du Professeur Vellas du Gérontopôle du Centre hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse, centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Ce programme de l'OMS est basé sur le repérage précoce de la fragilité dans le but de restaurer les capacités fonctionnelles de la personne et de ralentir la perte d'autonomie.

II- ICOPE, PREMIER PROGRAMME DE PRÉVENTION DE LA DÉPENDANCE CHEZ LES SÉNIORS EXPÉRIMENTÉ À L'ÉCHELLE D'UNE GRANDE RÉGION

II.1/ Un parcours de prise en charge des six fonctions essentielles au vieillissement en santé

Élaboré par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le programme ICOPE est un parcours de prévention de la perte d'autonomie des personnes de 60 ans et plus, basé sur l'évaluation et le suivi de six capacités fonctionnelles : la mobilité, la cognition, l'audition, la vision, la thymie et l'état nutritionnel.

Ce parcours est composé de cinq étapes dont une transversale.

5 étapes du programme ICOPE – OMS



Étape 1 : Le repérage du déclin d'une ou plusieurs fonctions

L'étape 1 se centre sur le repérage d'un déclin d'une ou plusieurs des capacités fonctionnelles de la personne. Elle est basée sur un outil de mesure d'une dizaine de minutes, utilisable par tout professionnel formé, ou en auto-évaluation. Cet outil est constitué de tests et de questions sur chacune des six fonctions. En cas d'anomalie concernant les résultats du test, une alerte est générée et peut, si cela est nécessaire, déclencher une évaluation approfondie en étape 2. Cette étape 1 est à renouveler tous les six mois.

Étape 2 : L'évaluation approfondie des capacités identifiées comme « altérées »

L'étape 2 est une évaluation approfondie des capacités fonctionnelles altérées, qui intègre l'environnement, la situation et les habitudes de la personne. Il ne s'agit donc pas d'une évaluation uniquement médicale. Réalisée par un professionnel de santé formé, cette étape permet « d'analyser le déclin, de rechercher les pathologies associées, et d'évaluer l'environnement de la personne »⁵. Les résultats de cette évaluation serviront de bases à l'élaboration du plan personnalisé de soins.

⁵ TAKEDA Catherine, GUYONNET Sophie, VELLAS Bruno, « Politique de prévention de la perte de l'autonomie. Stratégie ICOPE de l'OMS, mise en œuvre opérationnelle en Occitanie », Regards, 2020/1 (N° 57), p. 87-94. DOI : 10.3917/regar.057.0087. URL : <https://www.cairn.info/revue-regards-2020-1-page-87.htm>

Étape 3 : Le plan personnalisé de soins (PPS)

L'étape 3 consiste en l'élaboration du plan personnalisé de soins (PPS). Basé sur l'expertise d'une équipe pluridisciplinaire, les résultats de l'étape 2, ainsi que les motivations du sénior, ce PPS comprend des interventions à composantes multiples, la prise en charge des pathologies sous-jacentes, l'auto prise en charge, ainsi que des soins socio-médicaux.

Étape 4 : La mise en place du parcours de soins avec un suivi régulier

L'étape 4 est la mise en place concrète du plan personnalisé de soins rédigé en étape 3 et son suivi. Cette mise en œuvre effective peut être construite autour de prises en charge par un ou plusieurs professionnels de santé, de participation à des ateliers collectifs ou individuels ou encore d'un accompagnement social.

Étape transversale : L'intégration des aidants, de la communauté et des politiques publiques

L'étape 5 est une étape transversale qui inclut la prise en compte de l'aidant dans les ressources qu'il peut apporter, mais aussi dans la prévention de son épuisement. Elle inclut aussi la communauté, plaçant le parcours dans une réelle dynamique de gérontologie sociale. Les politiques publiques contribuent à cette étape transversale à travers les priorités nationales ou locales fixées et poursuivies.

Ce programme a été adapté et testé en Occitanie par l'équipe du Gérontopôle du CHU de Toulouse, sous l'égide du Pr. Vellas, dès 2007. Le Gérontopôle a ainsi développé une expertise et une expérience uniques en France autour de ce programme de prévention. Le programme ICOPE fait partie de la plateforme INSPIRE⁶ qui vise à identifier des biomarqueurs du vieillissement biologique, et à déterminer l'âge biologique (âge réel) d'une personne. Riche de cette expertise portée par le CHU de Toulouse, plusieurs institutions régionales comme le Conseil régional ou l'ARS ont souhaité soutenir ce dispositif du point de vue de la recherche ou de celui la prise en charge des personnes.

Ainsi, l'ARS Occitanie finance, en grande partie, depuis 2019 le déploiement du programme ICOPE sur toute la région dans l'objectif de permettre à 65 000 séniors de bénéficier du programme d'ici fin 2024 et d'évaluer son impact sur les pratiques des professionnels formés au programme et sur la santé des séniors.

II.2/ La stratégie de déploiement du programme ICOPE en Occitanie, soutenue par une forte dynamique nationale

Le contexte épidémique COVID-19, qui a entraîné le confinement des séniors pendant plusieurs mois en 2020 et 2021, a accéléré la nécessité de déployer des dispositifs de prévention de la perte d'autonomie.

Dans cet objectif et dès la fin du premier confinement en mai 2020, un des enjeux poursuivis par l'ARS Occitanie a été de renforcer son soutien au travail d'expertise et

⁶ <https://inspire.chu-toulouse.fr/fr/>

de déploiement du Gérontopôle, tout en s'appuyant sur les dynamiques locales et les actions déjà mises en place par les professionnels formés à ICOPE depuis 2007. Dans ce contexte de crise sanitaire, les freins au déploiement d'un programme de prévention étaient pourtant décuplés : l'existence de déserts médicaux et de ressources territoriales inégales, les difficultés à mobiliser du temps médical dans ce contexte, des CPTS très jeunes ou en cours de création, la forte part de population vieillissante comme indiqué *supra*, étaient autant d'obstacles qui paraissaient difficilement franchissables. *A contrario*, ces contraintes étaient autant d'éléments qui justifiaient l'urgence à accélérer et renforcer le déploiement d'ICOPE. Ces difficultés ont amené l'ARS et le Gérontopôle de Toulouse à faire preuve d'initiatives en s'orientant parfois vers des acteurs inhabituels. Ainsi, une expérimentation a été lancée pendant 6 mois avec le groupe *La Poste* pour toucher des personnes isolées grâce à des postiers formés. Plus tard, les centres de vaccination Covid ont été mobilisés pour proposer également ICOPE aux séniors dans les salles d'attente. Dans les centres investis, les résultats ont été particulièrement positifs, révélant un véritable intérêt des personnes âgées pour le programme.

Parallèlement à cette dynamique régionale, la stratégie nationale globale pour prévenir la perte d'autonomie 2020-2022 « vieillir en bonne santé » prévoyait l'expérimentation du programme ICOPE en France, basé sur le modèle de l'OMS avec pour objectif de participer au « *changement des mentalités et des représentations, d'une révolution culturelle dans notre pays* »⁷. Dans ce cadre, un appel à manifestation d'intérêt (AMI) en vue d'adapter le programme OMS au contexte français, tester les organisations innovantes possibles et définir un modèle de financement a été publié par le ministère chargé de la santé en juillet 2020. À l'issue d'une année de travail avec différents acteurs de terrain et des ARS, l'arrêté du 28 décembre 2021 relatif à l'expérimentation « Programme de prévention de la perte d'autonomie axé sur le dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel lié à l'âge (ICOPE) » précise le cahier des charges national expérimental⁸ ⁹.

En Occitanie, trois porteurs ont été retenus à l'issue de l'AMI pour déployer ce cahier des charges national sur des territoires dédiés :

- le Gérontopôle de Toulouse sur les départements de l'Ariège (09), de la Haute Garonne (31) et du Gers (32),
- le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) du Lot pour le département du Lot (46),
- et l'association Filièris pour le bassin du Carmausin dans le Tarn (81) et le bassin d'Alès dans le Gard (30).

Ces trois porteurs ont pour objectif d'inclure 15 000 séniors au total d'ici la fin de l'expérimentation (fin 2024).

⁷ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_vieillir_en_bonne_sante_2020-2022.pdf

⁸ Arrêté du 28 décembre 2021 publié au JO le 6 janvier 2021 <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044844614>

⁹ Ministère des Solidarités et de la Santé, *Expérimentation d'un programme de prévention de la perte d'autonomie axé sur le dépistage multidimensionnel du déclin fonctionnel lié à l'âge (ICOPE)* Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/icope_cahier_des_charges_220322.pdf

À noter que le Gérontopôle, précurseur au niveau national, occupe une place centrale et essentielle dans la réussite de ce projet. En effet, les outils et supports de formation, de communication et les systèmes d'information que le Gérontopôle du CHU de Toulouse a mis en place depuis 2007 ont été mis à la disposition des autres porteurs. Cette mise à disposition d'outils digitaux (applications, robot vocal, monitoring, etc.), couplée à l'appui du Gérontopôle auprès de l'ensemble des porteurs sur toute la France, constituent de véritables accélérateurs pour la mise en œuvre du programme et la possibilité peut être pour la France de prendre de l'avance sur la prévention de la perte d'autonomie chez les seniors.

Cette expérimentation, qui s'appuie sur l'article L. 162-31-1 du code de la Sécurité sociale (dite expérimentation « article 51 »), porte sur les trois premières étapes du programme ICOPE (présentées supra) et est encadrée par un cahier des charges national¹⁰ selon les modalités suivantes :

- Une durée d'expérimentation de 3 ans (de janvier 2022 à décembre 2024);
- Une population cible qui concerne les seniors de 60 ans et plus vivant à domicile et autonomes (GIR 6 et 5) avec une intégration prioritaire des seniors en situation de vulnérabilité;
- Un déploiement prioritairement confié aux structures d'exercices coordonnés en soins primaires notamment au sein des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et des Maisons de Santé Pluri professionnelles (MSP).

L'expérimentation nationale se veut suffisamment attractive pour les professionnels et prévoit plusieurs types de financements. Ainsi, **une enveloppe pour financer l'animation territoriale** est allouée à la CPTS ou à la MSP souhaitant déployer ICOPE. Le montant de cette enveloppe annuelle est fonction de la taille de la CPTS ou de la MSP (variant selon le volume populationnel couvert) et permet le recrutement d'un animateur ou coordonnateur sur le territoire concerné pour faciliter le déploiement de la démarche, organiser les parcours, développer les partenariats, articuler les dispositifs existants et enfin, suivre le déroulement de l'expérimentation.

Pour les professionnels de santé libéraux préalablement formés qui effectueront les trois premières étapes d'ICOPE, plusieurs actes expérimentaux sont créés pour compléter les actes de droit commun.

L'acte de repérage de l'étape 1 qui repose sur l'utilisation de l'application Icope Monitor11 est valorisé à hauteur de 18 euros par test lorsqu'il est réalisé par les professionnels de santé libéraux formés. Cet acte de repérage est financé dans la limite de deux actes par an. Les seniors ont la possibilité de télécharger gratuitement cette application et de procéder à une auto-évaluation lorsqu'ils en ont la possibilité. Les professionnels sont incités à former les seniors à l'utilisation de cette application en autonomie lorsque cela est possible. L'application Icope Monitor est un programme digital permettant le monitoring, le télé-suivi et les auto-évaluations. Cet outil permet également au Gérontopôle de contacter actuellement 30 000 seniors et 7 000 professionnels de santé qui ont téléchargé l'application à tout moment par courriel pour les alerter ou les guider en cas de crise par exemple (épidémie, canicule, etc.).

¹⁰ Ibid.

¹¹ <https://inspire.chu-toulouse.fr/fr/telechargez-lapplication-icope-monitor/>

Flyer/poster à destination du grand public réalisé par le Gérontopôle du CHU de Toulouse



Le traitement de l'alerte générée par le test de repérage de l'étape 1 est obligatoirement effectué par un professionnel de santé formé. La gestion d'alerte est valorisée à hauteur de 11 euros.

L'évaluation approfondie de l'étape 2 fait également l'objet d'un acte expérimental valorisé soit par un financement modulable en fonction du nombre de fonctions altérées évaluées (20 euros pour une fonction, 40 euros pour 2 fonctions et 60 pour 3 fonctions et plus), soit par un financement fixe (53 euros par évaluation, qu'importe le nombre de capacités évaluées). L'Occitanie a fait le choix d'un financement modulable qui paraît plus adapté à la pratique des professionnels de santé.

Enfin, le cahier des charges national prévoit l'organisation **d'un entretien motivationnel**, à l'issue de l'étape 2 ou 3, qui permet au professionnel chargé de l'évaluation et au senior d'échanger sur la mise en œuvre du plan de soins personnalisé afin de l'adapter en fonction des habitudes, de l'environnement et des objectifs du senior. Cet acte est financé soit par une consultation de droit commun lorsque l'entretien est réalisé par un médecin, soit à hauteur de 21 euros pour les autres professionnels.

Une enveloppe pour couvrir les **indemnités kilométriques** est également prévue pour les professionnels. Elle différencie les kilomètres effectués en plaine, de ceux effectués en montage (0,35 €/km pour 1^{er} et 0,50 €/km pour le 2nd).

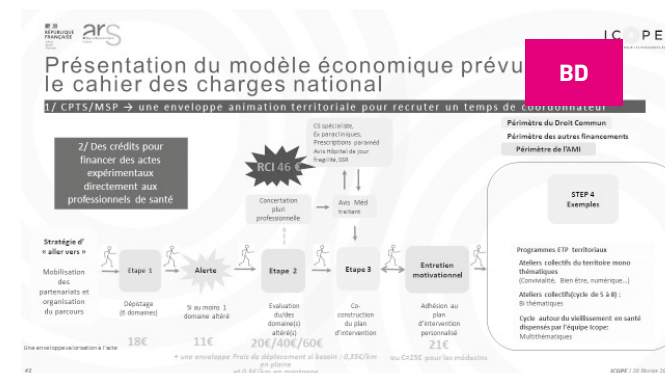


Illustration du parcours ICOPE réalisée en 2022 par l'ARS Occitanie, le Gérontopôle, Filières et le DAC46

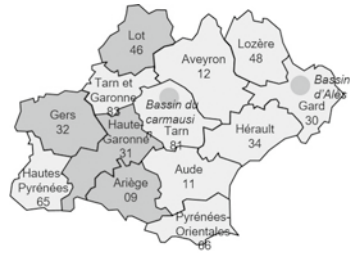
Chaque porteur en charge du déploiement d'ICOPE perçoit par ailleurs **une enveloppe « de crédits d'amorçage et d'ingénierie »**. Cette enveloppe est dédiée aux volets formation et communication et permet le financement d'un chef de projet et de gestion administrative. Chacune des enveloppes est calibrée avec des indicateurs objectifs permettant de garantir une équité de traitement entre porteurs.

Ces enveloppes issues du fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) représentent un montant de 3,5 millions d'euros rien que pour l'Occitanie. Elles sont allouées aux porteurs en début d'expérimentation pour les crédits d'amorçage et d'ingénierie, annuellement pour l'animation territoriale sur la base d'un procès-verbal validé en COPIL régional, et périodiquement pour les prestations dérogatoires réalisées par les professionnels de santé via un système de facturation spécifique centralisé par la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM).

Une évaluation nationale est prévue afin la fin de l'expérimentation. Elle reposera sur des indicateurs de moyens de processus et de résultats en cours de construction.

Au-delà de cette expérimentation nationale, l'ARS Occitanie consciente des enjeux autour de la prévention de la perte d'autonomie et garante de l'équité territoriale, a fait le choix d'étendre l'expérimentation sur l'ensemble de la région et consacre une enveloppe de 12,6 millions d'euros sur ses fonds régionaux pour atteindre l'objectif ambitieux d'inclure 50 000 séniors dans le programme d'ici fin 2024. Cette expérimentation régionale, basée sur le cahier des charges national, vient par ailleurs compléter le dispositif national en finançant notamment des réunions de concertation ICOPE (RCI) afin de favoriser, ainsi que de valoriser les temps d'échanges entre professionnels pour finaliser le plan de soins personnalisé. Ces temps de réunions rémunérés, non prévus par le cahier des charges national, apparaissent importants pour le bon déroulement du parcours et sont étendus à l'ensemble de la région, quelle que soit la nature de l'expérimentation régionale ou nationale.

Déploiement d'ICOPE en Occitanie



En orange, territoires retenus pour l'expérimentation nationale ICOPE, couverts par des financements nationaux et régionaux

En vert, territoires intégrés à l'expérimentation régionale ICOPE, couverts par des financements uniquement régionaux
Carte réalisée par l'ARS Occitanie, 2022

L'expérimentation du programme ICOPE se déroule ainsi sur les treize départements de la région Occitanie et constitue une démarche de prévention inédite en France. Si le pilotage de l'expérimentation nationale est confié aux trois porteurs de projets précités retenus sur des territoires spécifiques, celui de l'expérimentation régionale a été confié exclusivement au Gérotopôle du CHU de Toulouse.

L'ARS a quant à elle un rôle de suivi, d'appui, d'arbitrage, de validation et garantit le maintien de la dynamique et le déploiement harmonisé et équitable sur l'ensemble de la région. Un COPIL régional se réunit au moins une fois par an pour veiller au bon niveau d'information des acteurs et identifier les sujets qui nécessitent des travaux complémentaires. Le dernier COPIL du 1^{er} février 2023 a ainsi réuni près de 250 personnes, témoignant de l'intérêt grandissant pour le programme et de la forte dynamique initiée. Courant 2022, des dizaines de groupes de travail et d'ateliers ont été

organisés à la demande des acteurs de terrain pour aborder diverses thématiques telles que la construction de l'entretien motivationnel, la création d'outils de communication, la définition de l'animation territoriale, les besoins de coordination et du suivi des parcours, etc. Ces travaux ont permis de co-construire le projet de déploiement et de constituer une communauté de professionnels fortement impliquée, basée sur un partenariat solide et une confiance mutuelle entre acteurs. Ces temps de concertation ont permis la création de nombreux outils d'aide au déploiement concrets, compilés dans un guide d'aide au démarrage et au déploiement, ainsi que l'élaboration d'un kit de communication à destination des professionnels de santé (Flyer, kakémonos, logo et charte graphique, site internet en cours, etc.).



Les nombreuses réunions bilatérales menées avec les délégations départementales de l'ARS, le Gérotopôle du CHU de Toulouse, le DAC46, l'association Filièris, le guichet unique CPTS, la Fédération Occitanie Roussillon des Maisons de Santé (la FORMS), les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) et les professionnels de terrain ont permis d'élaborer les 13 feuilles de route départementales et la feuille de route régionale pour planifier le déploiement de l'expérimentation sur chacun des territoires.

Les partenaires institutionnels ont rejoint la démarche et contribuent largement à impulser ICOPE sur les territoires. Les conseils départementaux, les CARSAT, la CNAV, les CPAM et la MSA ont lancé des initiatives territoriales qui s'inscrivent dans la programme ICOPE, soit en finançant des professionnels hors cahier des charges pour assurer le repérage des séniors (via des rendez-vous prévention, le développement de formations pour l'utilisation d'ICOPE Monitor, le financement des aides à domicile, l'intégration du repérage pour les évaluateurs APA, etc.), soit en mettant en place des prestations pour l'étape 4, non couverte par le cahier des charges (mise en place d'ateliers nutrition, cognition, ateliers sportifs, solutions de transport, etc.). Cette dernière étape est capitale pour assurer l'efficacité du programme ICOPE.

Le guichet Unique CPTS, la FORMS et les URPS sont des soutiens de taille. Ils ont permis de lancer et de structurer la démarche ICOPE et d'assurer une large communication auprès des professionnels qu'ils représentent¹².

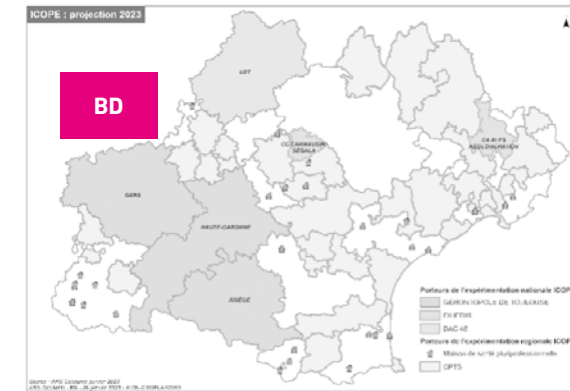
Cette implication de tous les partenaires pour soutenir le projet mérite d'être soulignée car elle constitue un facteur de réussite indéniable.

¹² Exemples de publications du guichet des CPTS et de la FORMS : <https://www.guichet-cpts-occitanie.org/wp-content/uploads/2022/06/guichet-cpts-infos-et-conseils-n5-icope.pdf> et <https://www.fecop.fr/taxonomy/term/70>

II.3/ Point d'étape un an après : les données relatives au déploiement d'ICOPE en janvier 2023

Un an après la publication du cahier des charges national, les quatre indicateurs de déploiement suivants pour l'année 2022 montrent l'implication des professionnels :

- **Les inclusions (Etape 1) : 7 423 séniors** ont été inclus dans le dispositif dont 6 391 inclus avec un repérage initial effectué par un professionnel, 759 en auto-évaluation initiale, et 273 qui avaient testé ICOPE avant l'expérimentation et qui l'on rejoint en étape 1 de suivi.
- **Les évaluations approfondies : 560 évaluations approfondies (Etape 2)** enregistrées dans la base de données du Gérontopôle avec une nette augmentation en fin d'année.
- **Les professionnels formés : 2 722 professionnels de santé formés à l'étape 1 et 567 à l'ensemble des étapes.**
- Le nombre de **contractualisations avec CPTS/MSP** pour animation territoriale :
 - **26 conventions d'animation territoriale signées** avec des structures d'exercice coordonné dont 22 CPTS et 4 MSP (*car se trouvant sur un territoire non couvert par une CPTS porteuse du projet*)
 - Une cinquantaine de MSP impliquées dans le déploiement se trouvent sur des territoires couverts par des CPTS ayant contractualisé
 - **En 2023, 70 demandes de conventionnement en attente**, soit 44 de plus qu'en 2022.



Une première analyse du déploiement en 2022, complétée par le recul de la région depuis 2019, permet aujourd'hui d'identifier plusieurs leviers favorisant la réussite du déploiement, mais également des freins qui devront être dépassés pour garantir la poursuite du programme.

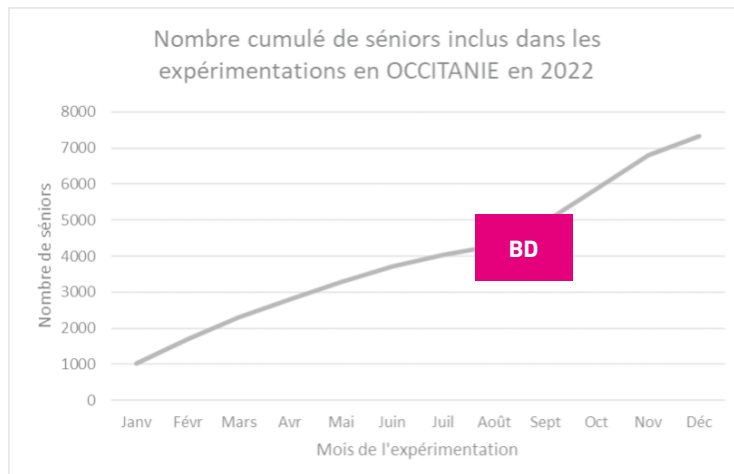
III- ANALYSE : UNE PREMIÈRE ANNÉE PORTEUSE D'ESPOIR POUR LA POURSUITE DU PROGRAMME MAIS QUI MET ÉGALEMENT EN LUMIÈRE DES FREINS SUSCEPTIBLES DE PARALYSER LE DÉPLOIEMENT

ICOPE est un concentré de défis à lui seul : il remet la personne au cœur de son parcours de soins, ce qui nécessite des interventions précoces, coordonnées et fluides des professionnels concernés, alors même qu'ils ne sont pas toujours sensibilisés à la prévention, qu'ils n'en font pas une priorité et qu'ils sont issus de secteurs qui n'ont pas l'habitude de travailler ensemble. Ce programme est également soutenu par des financeurs qui ne sont pas habituellement amenés à coopérer sur ce type d'expérience. ICOPE nécessite donc des transformations structurelles et porte dès lors des enjeux forts de coordination qui ont pu par le passé se solder par des échecs. Il s'agit également du premier programme de prévention qui vise une tranche entière de population et non pas seulement un type de pathologie. En cela aussi, le programme est particulièrement précurseur.

Si l'on peut considérer que la première phase de déploiement du programme est à ce stade un véritable succès en Occitanie, certains freins pourraient venir ralentir son déploiement et doivent constituer des points de vigilance qu'il faudra dépasser.

III.1/ Les facteurs clé de réussite ou les raisons du succès du programme ICOPE en Occitanie

Le programme ICOPE de l'OMS est reconnu par la grande majorité des professionnels comme un **programme de prévention bien pensé, simple, structuré et efficace.**



Il convient de préciser que le lancement du projet et la construction des outils au premier semestre 2022 ont différé la contractualisation avec les CPTS et les MSP. Celle-ci n'a pu démarrer qu'à partir de septembre 2023. L'accélération de la démarche en fin d'année laisse présager un déploiement massif en 2023.

Non seulement, il semble répondre aux besoins des personnes âgées, mais il apporte des leviers d'action à la main des professionnels aujourd'hui souvent démunis face à des patients âgés aux pathologies multiples et dans des situations parfois complexes. Sans cette reconnaissance par le secteur, le déploiement du programme n'aurait pas été possible en Occitanie.

Les nombreux retours positifs de terrain obtenus sont confirmés par les résultats d'une enquête menée fin 2022 par l'ARS auprès des premiers professionnels impliqués dans ICOPE. Lors des échanges réguliers avec les professionnels de santé et les seniors, il est unanimement rapporté que le projet apporte satisfaction.

Les seniors qui bénéficient actuellement du programme apprécient particulièrement l'approche globale, et non uniquement médicale, et très concrète autour de leur projet de vie (« *continuer à faire ce qui me plaît* ») proposée par le programme même si certains rapportent avoir peur qu'« *on leur trouve quelque chose* ». L'aspect préventif de l'approche est apprécié mais peut également revêtir un caractère anxiogène pour certains seniors qui peuvent constituer des freins et qui seront développés plus loin.

S'engager dans la démarche ICOPE est pour les professionnels également source de motivation. Il s'agit pour eux d'entrer dans une démarche de prévention globale et de leur permettre de disposer d'une réponse concrète à proposer aux seniors qui souhaitent le plus souvent rester vivre à leur domicile.

Surtout, seniors et soignants s'accordent à dire que l'étape de l'évaluation approfondie ou encore de l'entretien motivationnel (Etape 2) permet de retrouver un temps personnalisé et contribue à donner du sens au lien soignant-patient, alors qu'aujourd'hui le manque de disponibilité pour assurer les consultations peut générer une frustration tant pour les patients que pour les professionnels.

Un autre facteur clé de réussite porte sans conteste sur l'expertise et l'appui du Gérontopôle à tous les professionnels de la région. Investi depuis 2007 dans le programme, le Gérontopôle a créé des outils, des formations et a mis en place un accompagnement éprouvé par les acteurs de la région. Le Gérontopôle offre ainsi un accompagnement sur mesure et des outils efficaces unanimement reconnus et appréciés par les professionnels. Il s'appuie également sur une organisation qu'il a mise en place avec la création des équipes territoriales du vieillissement et de la prévention de la dépendance intégrant l'ensemble des professionnels investis dans le champ de la fragilité et qui légitime son action.

Le déploiement d'ICOPE n'aurait cependant pas fonctionné si les différentes étapes du parcours n'avaient pas été suffisamment valorisées. **Les différents actes expérimentaux créés assurent ainsi l'attractivité du programme**, même si la classique valorisation à l'acte aurait pu être repensée pour favoriser encore le décloisonnement du parcours entre professionnels. Cet élément sera développé plus loin. À ce stade du déploiement, la majorité des professionnels considèrent le modèle économique expérimenté adapté, malgré les contraintes administratives liées à la contractualisation avec l'ARS ou les porteurs pour bénéficier des financements.

La souplesse organisationnelle pour les professionnels de terrain permise par le cahier des charges national constitue certainement une autre raison du succès du programme. Le cahier des charges confie en effet aux professionnels des CPTS et MSP le soin d'identifier les professionnels qui procéderont aux différentes étapes d'ICOPE, de construire le parcours avec eux et d'assurer son suivi. Un temps d'animation et de

coordination dédié est financé pour remplir cette mission. Cette méthode présente un double avantage : elle permet aux professionnels de la CPTS ou de la MSP de s'approprier le programme en organisant eux-mêmes son déploiement sur leur territoire et elle garantit ainsi la continuité et le suivi du parcours pour le senior dès son intégration dans le programme, évitant les ruptures de parcours.

Il convient de noter qu'en Occitanie, le déploiement d'ICOPE est concomitant à la création des CPTS. Celles-ci apprécient le programme ICOPE qui leur permet de se structurer autour d'un projet « clé en main » et de tester une organisation qui pourra être utilisée pour d'autres projets si elle donne satisfaction.

L'autre raison de ce succès peut s'expliquer également par l'important travail de co-construction mis en place avec les professionnels dès la publication du cahier des charges et qui perdure encore aujourd'hui. Ce travail a permis d'élaborer des outils qui répondent aux besoins des professionnels. Par exemple, le compte rendu de l'entretien motivationnel a été conçu lors d'un atelier dédié, les outils de communication ont également été concertés pendant plusieurs mois. En 2023, plusieurs groupes de travail seront à nouveau constitués sur la question de la communication, de l'animation ou encore sur la coordination et le suivi du parcours. Les porteurs expérimentaux poursuivent par ailleurs ce travail sur leurs territoires. Si ces temps de concertation ont pu être perçus par certains comme une perte de temps, il apparaît avec le recul qu'ils sont des étapes indispensables à la bonne appropriation du programme par l'ensemble des acteurs.

Le travail réalisé par les professionnels de terrain pour la mise en œuvre du programme a rapidement permis de constater que si l'offre sur les territoires est riche et variée, elle est souvent méconnue et donc peu ou mal mobilisée par les acteurs qui soulignent ce manque de lisibilité. Les professionnels notent que ce flou peut aboutir à une réponse apportée par défaut ou ralentir les délais de réponse aux seniors. Ce constat a enclenché un travail de recensement de l'offre de prestations existantes sur les territoires sous forme de cartographie. En ce sens, **ce travail de recensement par les trois porteurs nationaux ou les structures d'exercices coordonnés semble être un réel facteur de succès du programme.**

La participation de l'ensemble des partenaires institutionnels au programme, à des niveaux différents, est inédite et concourt à son succès. Comme déjà évoqué, le guichet unique des CPTS, la FORMS et les URPS se sont largement impliqués en créant des campagnes de communication ou encore en mettant en place un accompagnement très actif des professionnels. Les conseils départementaux et les conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) se mobilisent également en permettant à des professionnels exclus du cahier des charges de bénéficier de financements pour le déploiement de l'étape 1 de repérage notamment (aides à domicile, auxiliaires de vie, groupe *La Poste*, etc.) ou encore en organisant des ateliers de prévention pour les seniors (étape 4). Enfin, à cela s'ajoute l'important rôle des CPAM, de la MSA, de la CNAV ou des CARSAT dans le ciblage des seniors en situation de vulnérabilité, qui participent à cette dynamique « d'aller vers » permettant d'accéder aux personnes les plus vulnérables et éloignées du soin. Les deux CARSAT de la région se sont fortement impliquées dans le repérage en intégrant l'étape 1 d'ICOPE à leurs entretiens de préventions ou encore en adaptant l'offre qu'ils apportent avec les ateliers « bien vieillir ». Si ces quelques exemples ne permettent pas de couvrir de façon exhaustive l'ensemble des initiatives des partenaires, ils illustrent le rôle important qu'ils représentent pour assurer un déploiement opérationnel d'ICOPE.

Aujourd'hui, la dynamique impulsée par l'expérimentation des trois premières étapes d'ICOPE en Occitanie a d'ores et déjà permis d'aller plus loin puisque, sur certains territoires, les acteurs se sont organisés pour mettre en place ou coordonner une offre de prestations et le suivi prévu à l'étape 4 d'ICOPE, alors même que cela n'est pas prévu par le cahier des charges national. Ce constat pousse à l'optimisme pour la suite du déploiement mais ne doit pas cacher certains facteurs de blocage déjà identifiés qui pourraient venir freiner la démarche.

III.2/ Des freins qui pourraient limiter le déploiement du programme

Sans surprise, le programme ICOPE se heurte à une **problématique majeure de notre système de santé : la baisse de la démographie médicale et l'apparition des déserts médicaux**. Si les médecins font part de leur intérêt pour ICOPE, il leur est difficile de s'y impliquer comme ils le souhaiteraient. À cela s'ajoutent les difficultés d'accès à un médecin généraliste, qui peuvent occasionner des ruptures de parcours et entraîner de la démotivation chez les soignants qui ont initié ce parcours. Cette problématique avait déjà été rencontrée dans le cadre de la mise en œuvre de l'expérimentation PAERPA¹³, Parcours Santé des Aînés, démarche expérimentale impulsée par le ministère de la Santé et déployée entre 2016 et 2021 dans certains départements de la région Occitanie. Cette expérimentation PAERPA visait déjà à préserver l'autonomie de la personne âgée le plus longtemps possible.

Or, si ICOPE permet de déléguer facilement une grande partie des missions d'évaluation à des professionnels paramédicaux, le médecin traitant reste un professionnel incontournable, au cœur du dispositif, notamment pour la validation de l'évaluation et du plan de soins personnalisés. Compte tenu de la surcharge de travail et par manque de temps pour se former ou pour assurer un suivi du programme, l'absence d'implication dans le programme de sa part peut constituer un frein à la poursuite du parcours. La pénurie historique actuelle d'infirmiers sur lesquels reposent initialement et en grande partie les étapes 1 et 2 ne fait qu'aggraver ce constat.

Plusieurs pistes de travail sont actuellement testées ou à l'étude pour contourner ces difficultés. **L'animateur de territoire** financé dans le cadre de l'expérimentation au sein de chaque CPTS ou MSP a pour mission de sensibiliser les médecins et infirmiers, mais également les autres professionnels de son territoire au programme ICOPE et doit trouver des solutions pour organiser au mieux le parcours ICOPE, en s'aidant notamment des professionnels disponibles et en identifiant les professionnels en charge de chaque étape. L'animateur semble donc être la clé de voûte pour assurer un déploiement le plus optimal possible du programme, malgré les pénuries actuelles de professionnels.

Un pool d'infirmiers est également positionné directement auprès du Gérotopôle pour gérer les alertes générées dans le cadre de l'étape 1 de repérage lorsque les séniors s'autoévaluent, lorsque le repérage n'est pas réalisé par un professionnel de

santé, ou lorsque les professionnels de santé ne sont pas en capacité, par manque de temps, de confirmer l'alerte. Ces infirmiers peuvent également rechercher un professionnel pour réaliser l'étape 2 si besoin. Ce pool d'infirmiers peut dès lors soulager et aider les professionnels de santé à certaines étapes d'ICOPE. **Les équipes du Gérotopôle, de Filièris et du DAC46** ont également ce rôle d'accompagnement des professionnels pour essayer de trouver des solutions en cas de blocage.

Le programme ICOPE met également en lumière les difficultés de coordination des professionnels, soit par manque de temps, soit par absence d'habitude de travail entre eux. Le programme se heurte au constat mentionné par le Haut Conseil de la santé publique dans son rapport de juillet 2018 sur la place des offreurs de soins dans la prévention : « *Le HCSP rappelle que la prévention dépend de nombreux acteurs, et constate qu'il s'agit souvent d'initiatives personnes dépendantes, que les dispositifs d'appui sont multiples, non cohérents entre eux, mal coordonnés et peu lisibles, [...]* »¹⁴. En effet, repérer en masse des séniors fragiles ne présente aucun intérêt si aucune prise en charge effective n'est mise en œuvre à la suite de ce repérage. Or, si ce principe est partagé par le secteur en COPIL ou en groupe de travail, force est de constater que sur le terrain, cette coordination est loin d'être encore intuitive. Ce constat est réel dans certains territoires où la difficulté de coordination et de partage d'information est source de ruptures de parcours et de démotivation. Là encore, l'animateur de territoire au sein des CPTS et MSP peut jouer un rôle crucial dans la coordination des professionnels sur le territoire afin de garantir la continuité du parcours ICOPE pour le séniors.

Pour favoriser la coordination entre professionnels de santé, l'ARS Occitanie finance, hors champ du cahier des charges national, un forfait pour valoriser les réunions interprofessionnelles nécessaires à l'évaluation du séniors dans le cadre d'ICOPE (étape 2). Ce forfait d'un montant de 46 €, que les professionnels concernés se partagent, peut intervenir au cours de l'évaluation du séniors, au moment le plus opportun. Cependant, si les professionnels s'accordent à dire qu'il s'agit d'une avancée, l'impact de ce forfait reste limité.

Au demeurant, on peut regretter que le cahier des charges ne soit pas allé plus loin pour encourager la coordination. Par exemple, la création d'un forfait ICOPE global qui intégrerait le financement de l'ensemble des étapes 1 à 3 pourrait être opportune. Ce forfait serait délégué directement aux structures de soins coordonnés chargées de répartir le forfait entre les différents professionnels impliqués. Ce forfait comprendrait également le suivi des séniors et la coordination des acteurs. Le questionnement porte ici sur un système de financement à l'acte qui, de fait, cloisonne l'intervention des acteurs et ne semble plus adapté à un système de prévention du type ICOPE pour une population donnée, s'inscrivant dans une logique de parcours. Fin 2024, si les objectifs de l'expérimentation étaient atteints, c'est-à-dire 65 000 séniors bénéficiaires du programme pour une dépense totale de 16,1 millions d'euros, le coût du programme s'élèverait alors à 82,50 euros par an et par séniors. Ce coût ne comprend cependant ni le financement des actions de l'étape 4, ni les financements complémentaires prévus notamment par les conseils départementaux ou encore la CNAV pour des actions ciblées.

13 <https://www.personnes-agees-occitanie.fr/methodes-ameliorant-le-parcours/le-dispositif-paerpa#:~:text=PAERPA%2C%20Parcours%20Sant%C3%A9%20des%20A%C3%AEn%C3%A9s,%C3%A2g%C3%A9e%20le%20plus%20longtemps%20possible.>

14 file:///C:/Users/cendrine.blazy2/Downloads/hcspr20180614_laplacedesoffredesoinsdanslaprve.pdf

Malgré ces écueils, ce chiffrage donne une première estimation du coût d'un tel programme. En comparaison, d'après la Haute Autorité de Santé (HAS), le coût direct par exemple pour la prise en charge des fractures de hanches était estimé en 2015 à 1 milliard d'euros pour 66 000 personnes¹⁵, ce qui induit un coût par personne estimé d'environ 15 151 euros. Le programme ICOPE, qui pourrait permettre d'éviter une grande partie de ces fractures, constitue un modèle de prévention économiquement intéressant pour la société. Les économies engendrées pourraient être réinvesties dans les programmes de prévention pour les renforcer, assurer leur attractivité et expérimenter des modèles forfaitaires plus innovants. Toutefois, le programme ICOPE devra être évalué pour en déterminer les impacts réels. Cette évaluation est prévue courant 2024, lorsque le programme aura été déployé de façon significative sur la région.

Enfin, cette difficulté de coordination entre acteurs est amplifiée par l'absence à ce jour d'un outil e-parcours plébiscité par tous, interopérable avec les autres systèmes d'informations qui permettrait le partage d'information sécurisé et de faciliter la coordination. Ce point est un frein extrêmement fort pour l'ensemble des acteurs.

L'autre frein souvent évoqué par les médecins et infirmiers est celui du temps consacré aux démarches administratives. ICOPE n'y échappe pas. Il est évident que le déploiement d'ICOPE est complexifié par une double expérimentation nationale et régionale, expérimentations qui ne répondent pas aux mêmes procédures. Les systèmes de conventionnement et de facturation diffèrent ainsi en fonction des territoires, générant confusion, incompréhension et risque d'abandon pour le professionnel. L'ARS a travaillé courant 2022 à l'élaboration d'un site Internet avec une entrée très simple par territoire. Il suffisait de cliquer sur son département pour accéder directement aux documents et informations nécessaires à l'adhésion et au déploiement du programme. Faute de moyens pour finaliser un site Internet dédié à ICOPE, l'ARS travaille plutôt à des mini kits de déploiement par catégorie de professionnels et par territoire pour permettre aux professionnels, CPTS et MSP d'accéder le plus simplement possible aux documents nécessaires à leur adhésion. Pour certains professionnels, l'utilisation des outils digitaux ICOPE n'est également pas évidente et nécessite d'être accompagnée.

Un des principaux écueils soulevés par les acteurs du territoire est celui **de l'exclusion par le cahier des charges national de nombreux professionnels** qui ne peuvent dès lors pas bénéficier de financements, alors qu'ils pourraient s'impliquer dans certaines étapes d'ICOPE. Ainsi, les aides à domicile, les auxiliaires de vie, les salariés des hôpitaux, etc. peuvent tout à fait participer au déploiement d'ICOPE mais sans financement dédié. Dans la mesure où ces professionnels sont en contact quotidien avec des personnes âgées, pour contourner cette difficulté, les conseils départementaux, les CFPPA ou encore la CNAV financent à titre expérimental et pour une durée limitée certains professionnels pour assurer la phase de repérage (étape 1). Actuellement, l'ARS ne dispose d'aucune évaluation de ces dispositifs. L'ARS suit de son côté une expérimentation financée par des crédits nationaux et déployée en Occitanie consistant à confier aux aides à domicile le soin de pré-repérer les personnes âgées fragiles via une application smartphone¹⁶. Cette expérimentation est en cours d'évaluation.

Cependant, l'exclusion pure et simple par le cadrage national de ces professionnels est difficilement compréhensible pour les acteurs concernés. Si le cahier des charges représente une première marche pour expérimenter d'ICOPE avec les professionnels de santé, en cas de poursuite du programme au-delà de 2024, la question de l'intégration des professionnels aujourd'hui exclus devra être discutée. L'évaluation du programme sera l'occasion de traiter ce sujet.

Dans le même ordre d'idée les professionnels regrettent souvent que le cahier des charges n'ait pas prévu un dispositif d'accompagnement des seniors tout au long du parcours ICOPE. Très rapidement a été identifié le risque que la personne âgée bénéficiaire d'un plan de soins personnalisés dans le cadre d'ICOPE ne le mette pas en place, faute de suivi par un professionnel. Certes, le cahier des charges prévoit un entretien motivationnel à l'issue de l'évaluation ou de l'élaboration du plan de soins, mais il n'est pas prévu de réitération de cet entretien. Pourtant, **l'idée d'un coordonnateur de parcours fait l'unanimité** auprès des porteurs et des professionnels de la région. Même si aucun financement n'est actuellement prévu pour financer ce poste au sein des structures de soins coordonnés, un groupe de travail régional a travaillé sur ce sujet et a construit une fiche de poste type. L'ARS a réuni plusieurs partenaires pour rechercher des financeurs, sans succès à ce jour. En Occitanie, l'ARS finance un coordonnateur de suivi du parcours ICOPE au sein du SSR La Clauze dans l'Aveyron mais il s'agit d'une expérimentation lancée bien avant le cahier des charges national. L'évaluation du dispositif devrait permettre d'esquisser des pistes de réflexion sur ce sujet.

L'absence de leviers prévus pour mettre en place les prestations nécessaires à la mise en œuvre effective du plan de soins (étape 4) est également un point noir de l'expérimentation. Les financeurs se mobilisent pour trouver des solutions sur les territoires mais les marges de manœuvres restent limitées notamment dans le temps, ce qui pose la question de la pérennisation de l'offre pour répondre aux besoins identifiés dans les évaluations du senior.

Le programme ICOPE se heurte également à des **freins culturels**. Comme l'évoque le comité national d'éthique (CCNE) dans son avis de février 2018¹⁷ : « *Le regard que la société porte sur la personne âgée en perte d'autonomie, ou plus généralement sur la vieillesse, s'assimile trop à un « naufrage » et dès lors aboutit à une marginalisation de la personne, à sa dévalorisation, ou encore à son isolement* ». Cette vision du vieillissement crée une résistance de certains seniors à effectuer le repérage de peur d'apprendre que ce « naufrage » a commencé. Les professionnels eux-mêmes ont parfois besoin d'éléments de langage pour combattre ces craintes et ces idées reçues qui peuvent freiner l'entrée dans le parcours. Un travail de communication auprès du grand public (seniors, aidants, proches, famille, etc.) est également essentiel pour rappeler que le programme ICOPE vise à retarder la dépendance afin de permettre à chacun de mener sa vie comme il le souhaite le plus longtemps possible. Un important travail est encore à mener pour sensibiliser les jeunes retraités par le biais par exemple d'une campagne de communication efficace. Cependant, ce genre de projet ambitieux se heurte à des considérations financières, l'ARS ne disposant pas des moyens pour mener ce type de campagne. Aussi, l'ARS fait plutôt le pari de l'« aller vers » pour repérer des **personnes isolées, éloignées du soin et qui n'auront pas le réflexe d'intégrer un programme de prévention**. La mobilisation sans précédent de l'ensemble

¹⁵ https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974238/fr/fracture-de-la-hanche-optimiser-la-prise-en-charge-des-patients-ages

¹⁶ https://www.personnes-agees-aveyron.fr/sites/personnes-agees-aveyron.fr/files/upload/007-admr_-_vigilance_senior_.pdf

¹⁷ CCNE, Enjeux éthiques du vieillissement Quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement ? Disponible sur : [ccne_avis_128.pdf](https://www.ccne-ethique.fr/ccne_avis_128.pdf) (ccne-ethique.fr)

des acteurs de terrain autour du programme ICOPE devrait permettre d'accéder aux personnes les plus vulnérables. Les CARSAT, la CNAV, les CPAM et la MSA disposent également d'outils efficaces pour cibler ces personnes. Ce ciblage sera l'une des grandes priorités de l'année 2023.

Un important travail de partenariat est également à mettre en place avec l'assurance maladie. Celle-ci dispose de canaux de communication inégalés à destination des professionnels de santé qui pourraient utilement être utilisés pour sensibiliser l'ensemble des professionnels de la région à la question de la prévention de fragilité chez les séniors. Cette piste de travail est à encore à explorer.

Enfin, si la mobilisation des acteurs est une chance en Occitanie, leur coordination peut devenir un véritable casse-tête dans une région qui compte treize départements aux situations hétérogènes. Les porteurs de l'expérimentation et professionnels formés déploient beaucoup d'énergie pour mobiliser l'ensemble des acteurs du territoire et ont créé une dynamique extrêmement précieuse pour le déploiement du projet. Cependant, cette mobilisation peut parfois se faire au détriment du cadrage prévu par le cahier des charges, créant un sentiment de cacophonie et de désorganisation sur certains territoires. Par exemple, portés par le souhait d'atteindre les objectifs quantitatifs du nombre de séniors intégrés au programme, certains acteurs poussent à sortir du cadre national pour déployer plus et plus vite, parfois au détriment de la continuité du parcours. ICOPE attire également des prestataires qui tentent de tirer leur épingle du jeu en obtenant des financements des collectivités pour expérimenter le programme selon des modalités non prévues par le cahier des charges, sans réflexion sur la stratégie globale du déploiement. À force de tordre le cadre, le risque de démobilité des professionnels de santé et celui de perdre les séniors qui ne s'y retrouveraient plus n'est pas à négliger. Chaque semaine, l'ARS est sollicitée pour tester des expérimentations dans l'expérimentation et des dérogations au cadre national. Même si la tentation est grande de vouloir aller au-delà du cadrage national, l'ARS et les trois porteurs sont les garants de son respect et doivent maintenir le cap pour assurer une évaluation dans les règles, évaluation qui seule permettra de décider d'un assouplissement ou d'une modification du cadrage du programme.

Conclusion

Pour faire face à l'enjeu de la prise en charge de la dépendance au domicile qui va s'accroître avec le vieillissement de la population dès 2030, l'ARS Occitanie a fait le choix de soutenir le programme ICOPE, porté par le Gérotopôle du CHU de Toulouse depuis 2007 et expérimenté depuis 2022 également par le DAC46 et l'association Filièris, pour repousser l'âge d'arrivée dans la dépendance. Les premiers retours de terrain de l'expérimentation ICOPE semblent montrer un impact positif sur les pratiques dans les territoires les plus avancés, et la possibilité de massification de son déploiement dans les prochaines années. La très forte mobilisation des professionnels d'Occitanie pour construire et participer au déploiement d'ICOPE et les premiers retours des personnes bénéficiaires sont l'illustration même que ce programme répond à un besoin de prévention au sein d'une population qui souhaite être actrice de sa santé.

Au-delà de cet enjeu, l'implémentation d'ICOPE dans les territoires semble modifier les pratiques des professionnels. Ce programme global, pluri professionnel, structuré et financé favorise la coordination des professionnels et permettrait à certaines jeunes CPTS de se structurer plus facilement. Si les réponses apportées aux questions de la dépendance « ont été presque toujours en silos, sans véritable intersectionnalité sanitaire, sociale et médicosociale, ou n'ont été coordonnées que de manière imparfaite ou partielle »¹⁸, ce parcours unique, applicable par tous, décloisonne les pratiques des professionnels. Très prochainement, le parcours ICOPE devrait pouvoir aussi s'articuler avec les futurs Centres de Ressources Territoriaux (CRT) qui, dans le cadre des missions du volet 1 sur la prévention, pourront également être un nouvel acteur pour assurer le déploiement du programme en lien avec les professionnels déjà impliqués sur leur territoire.

Le déploiement d'ICOPE a également pour effet de changer notre approche de la prévention. ICOPE est un programme totalement inédit en France dans la mesure où il ne se centre pas sur la prévention d'une pathologie, d'un risque ou d'une addiction, mais qu'il adopte une approche populationnelle de la prévention. Son objectif est d'assurer le maintien des capacités fonctionnelles d'une partie de la population, les 60 ans et plus, ce qui nécessite de mettre en place une prise en charge globale et complète de la personne. Ce changement de paradigme peut bouleverser certaines pratiques et habitudes des professionnels mais tous s'accordent à dire que ce programme permet de redonner du sens aux pratiques et permet de prendre le temps d'évaluer la personne et de travailler avec l'ensemble des professionnels du parcours, dans un contexte pourtant difficile de pénurie de professionnels et de perte de vocation. Au-delà des prises en charge, c'est la vision même de la santé qui est en train d'évoluer. ICOPE propose une approche intégrée entre le social et le médical et prend en compte les interactions entre les différentes fonctions, ce que ne favorise pas notre système de santé actuel.

Si les freins potentiels au déploiement du programme sont nombreux et nécessitent encore un important travail collectif pour les contourner, les acteurs de terrain en charge de son déploiement ne semblent pas se décourager et portent même des ambitions au-delà du projet initial. Ainsi, nombreux sont ceux qui souhaitent utiliser ICOPE pour mettre en œuvre le plan national de prévention des chutes chez les personnes âgées¹⁹. La meilleure prévention des chutes passe par le maintien des capacités intrinsèques évaluées par ICOPE : vue, audition, mobilité, nutrition, etc. Le plan antichute vient compléter la démarche. Le Gérotopôle travaille également avec l'ARS à l'adaptation d'ICOPE pour repérer le risque suicidaire chez les séniors en y greffant le dispositif VigiOLD, déclinaison pour personne âgées du dispositif Vigilans²⁰. En fonction des priorités et des objectifs en matière de prévention, ICOPE peut constituer une porte d'entrée pour mettre en place des dispositifs complémentaires. Cette articulation aura pour intérêt à terme de répondre au besoin de lisibilité de l'offre qu'expriment les professionnels et les séniors.

18 LIBAULT Dominique, Concertation Grand âge et autonomie, Mars 2019, rapport_grand_age_autonomie.pdf (sante.gouv.fr)

19 https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_plan-antichute-accessible28-02-2022.pdf

20 <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/la-prevention-du-suicide/article/le-dispositif-de-recontact-vigilans>

Il est toutefois légitime de se demander si le modèle actuellement expérimenté suffira pour répondre aux enjeux majeurs qui attendent notre système de santé dans les prochaines années. La pénurie de professionnels de santé, la surcharge de travail qu'elle induit, les difficultés organisationnelles rencontrées pour coordonner les professionnels, accentuées par le maintien d'une rémunération à l'acte qui ne paraît pas toujours adaptée, l'exclusion de certains professionnels, sont autant de freins qui militeraient pour aller encore plus loin dans le modèle économique du programme. En repensant le dispositif, pour une rémunération forfaitaire et une entrée par parcours qui permettraient de décloisonner les pratiques, l'expérimentation pourrait prendre une autre envergure et permettre de tester un modèle réellement innovant, peut-être plus adapté aux besoins de demain. Le « choc démographique » est prévu dès 2030, les délais sont courts mais il est encore temps d'inventer les prises en charge de demain en expérimentant et en investissant dans la prévention avec l'appui des acteurs de terrain.

Au demeurant, le challenge est loin d'être gagné. Si, grâce au programme ICOPE, l'objectif de permettre le maintien à domicile de plus de 82 % des personnes âgées à domicile est atteint en 2024, il ne pourra se réaliser qu'à la condition de garantir aux seniors une offre de prestations à domicile suffisante. Or cet objectif se heurte à un constat sans appel : la pénurie de professionnels du domicile et le manque d'attractivité de ces métiers. En 2019, l'étude de l'INSEE en Occitanie révèle qu'un besoin de +1,4 heures d'intervention de professionnels à domicile serait nécessaire pour accompagner les personnes âgées à domicile. À la suite de la crise sanitaire, on peut penser que ce chiffre a considérablement augmenté. Toujours selon la même étude, en parallèle, le nombre d'aidants augmenterait trois fois moins vite.

En prévenant le plus précocement possible la perte d'autonomie, ICOPE pourrait permettre à terme de diminuer les besoins en personnel médical mais cela nécessiterait une forte impulsion de l'Etat pour modifier les habitudes. La réforme des services de l'aide à domicile et la mise en place de 18 centres de ressources territoriaux en Occitanie d'ici 2025 devraient en outre renforcer l'offre de prestations à domicile mais elles ne seront certainement pas suffisantes. La question de l'adaptation du domicile et plus largement de l'environnement et du transport des personnes âgées dépendantes sont des enjeux qui aujourd'hui ne trouvent pas de solutions totalement satisfaisantes. Il s'agit ici de mettre en place l'ultime étape d'ICOPE, l'étape 5 qui fédère les financeurs pour articuler leurs actions au service du parcours de la personne âgée. Elle ambitionne ainsi de dépasser les clivages institutionnels actuels et implique une définition précise de la place de chacun. Le récent rapport de M. Libault, du 17 mars 2022, *Vers un service public territorial de l'autonomie*²¹ préconise le rapprochement au sein d'un service public territorial de l'autonomie des différents intervenants dans ce domaine : collectivités territoriales, Etat, ARS, Sécurité sociale, d'une part, acteurs du sanitaire et du social, d'autre part. Ces préconisations répondraient en grande partie à la finalité du programme ICOPE. Ainsi, la région Occitanie, en avance sur le déploiement du repérage de la fragilité et de sa prise en charge, pourrait également être un territoire expérimental pour cet ambitieux service public territorial de l'autonomie qui serait le point final du déploiement d'ICOPE. Si on se donne les moyens de déployer pleinement chaque étape du programme, alors ICOPE pourrait devenir un formidable outil de prévention garantissant le maintien à domicile des personnes dépendantes de demain en permettant le maintien de leurs fonctions, en rupture avec un système de santé encore trop basé sur les pathologies.

21 https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_libault_spta_vdef.pdf

Présage, système prédictif de prévention personnalisée

Par **Jacques-Henri Veyron**, président de Présage, **Charlotte Théry**, coordinatrice de la recherche et de l'innovation chez Présage et **Evelyne Gaussens**, Directrice d'Hôpital honoraire



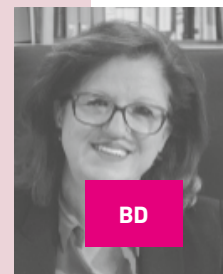
BD

Jacques-Henri Veyron est le président de Présage. Il est diplômé de l'école nationale des Arts-et-Métiers, de l'École Polytechnique, de la Harvard Business School et de l'université de Paris (Master en économie de la santé). Ingénieur, Data-scientiste et spécialisé sur les questions de parcours, il a été plus de 10 ans manager à l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) en charge des projets médico-sociaux (Tableaux de bord du Médico-social et CPOM), des outils de connaissance (Hospidiag, ORFEE MCO et HAD), du programme national Parcours - « Filières de soins » et des centres de santé.



BD

Charlotte Théry est coordinatrice de la recherche et de l'innovation chez Présage et en post-doctorat au sein du laboratoire d'Informatique Médicale et d'Ingénierie des Connaissances en eSanté (LIMICS-Sorbonne Université, INSERM). Docteure en Santé Publique et psychomotricienne spécialisée en gérontologie, elle a travaillé à l'AP-HP et en EHPAD, notamment dans des unités d'hébergement renforcé pour personnes âgées dépendantes.



BD

Evelyne Gaussens est Directrice d'Hôpital honoraire, experte en organisation des parcours sans rupture et adapté aux besoins des personnes âgées (domicile, hôpital, institution, etc.) et l'une des pionnières dans la création de filières gériatriques, sanitaires et médico-sociales. Evelyne a par ailleurs participé au développement des stratégies managériales pour instaurer durablement la bientraitance des soignants et des soignés.

Résumé

Si l'augmentation du nombre de seniors se confronte aux difficultés d'un système de santé à réinventer, l'innovation technologique peut représenter un maillon d'avenir permettant une vie à domicile en bonne santé plus longue. Les outils prédictifs d'évènements de santé modifiables, simples, efficaces et à un faible coût, facilement utilisables par les acteurs déjà en place représentent une aide précieuse dans la lutte contre les ruptures de parcours des aînés et le soutien aux aidants familiaux comme aux professionnels de santé.

En ce sens, Présage, premier dispositif médical marqué CE basé sur l'intelligence artificielle répond à ces enjeux et offre une opportunité pour le système de santé et ses bénéficiaires. Présage est conçu comme un dispositif complet qui offre, par des plans de prévention personnalisés et adaptés aux risques de chaque bénéficiaire, les moyens et la manière pour les aidants familiaux comme pour les professionnels, d'agir et d'intervenir de façon coordonnée en amont d'un évènement de santé majeur pouvant précipiter une perte d'autonomie fonctionnelle.

Parmi les nombreux défis auxquels fait face le système de santé français, l'enjeu de la prise en charge des séniors est certainement celui qui interroge et va interroger le plus nos concitoyens : il y a de plus en plus de séniors mais de moins en moins de médecins traitants. Cela augmente mécaniquement le recours aux services hospitaliers pour les séniors ce qui majore bien souvent la perte d'autonomie du séniors et donc ses besoins en soins. Présage est né de la volonté de professionnels de terrain d'arrêter cette spirale.

I- LA PÉNURIE DE MÉDECINS ET CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE : UN TERRIBLE EFFET CISEAU

En France, le nombre de médecins est en baisse¹ ce qui entraîne une pénurie d'effectifs qualifiés avec un impact direct sur la qualité des soins reçus par les patients et sur l'accès aux services de santé². Or le nombre de personnes âgées en France est en forte augmentation³. L'association d'une croissance accrue du nombre de séniors avec la baisse du nombre de médecins généralistes en activité crée ainsi un effet ciseau (figure 1). Les systèmes de santé doivent dès lors s'adapter pour répondre aux besoins spécifiques et souvent plus complexes des aînés.

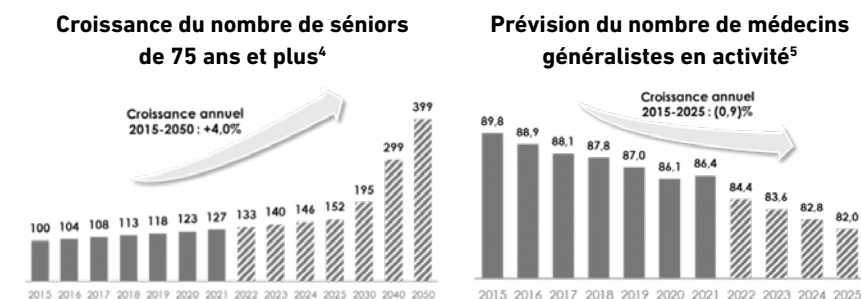


Figure 1 : la croissance annuelle du nombre de séniors coïncide avec une baisse du nombre de médecins traitants. Cette situation inédite renforce la nécessité de mettre en place des solutions innovantes.

Par ailleurs, ce phénomène est renforcé dans les zones rurales et les petites villes. Les patients y ont moins accès aux soins que ceux des grandes villes et des régions urbaines⁶. Les zones rurales sont particulièrement touchées par la pénurie de médecins et les patients doivent parfois parcourir de longues distances pour accéder à des soins de qualité.

1 <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medecale>

2 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-07/rapport_panorama_proms_premis_2021.pdf

3 France, portrait social Édition 2019, volet SENIORS (INSEE - 19/11/2019)

4 Sources : Insee, projections Omphale ; Drees

5 Sources : Atlas démographie médicale - CNOM

6 L'accès aux soins des personnes âgées en milieu rural : problématiques et expériences - Jean-Claude Bontron

II- L'HOSPITALISATION DE SÉNIORS FRAGILES COMME ACCÉLÉRATEUR DE LA PERTE D'AUTONOMIE ET DE L'ABANDON DU DOMICILE

II.1/ L'hospitalisation : un accélérateur de la perte d'autonomie

La fragilité des personnes âgées est définie par la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG) comme étant un « syndrome clinique qui reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve altérant les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'évènements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible »⁷.

Une hospitalisation en urgence est un facteur précipitant la perte d'autonomie. En effet, selon la durée d'hospitalisation, entre 30 % et 60 % des personnes hospitalisées subiront une perte d'autonomie : syndrome de l'immobilisation, confusion, dénutrition, incontinence urinaire, effets indésirables dû au traitement, etc⁸. Or, pour la moitié d'entre eux, ces passages aux urgences pouvaient être évités par un repérage précoce de la fragilité^{9 10 11} et l'intervention précoce d'un professionnel de santé¹².

Notons que, dans près de 60 % des cas, une personne âgée qui visite les urgences sera hospitalisée ensuite¹³. Au niveau international, les constats sont identiques et les hospitalisations en urgence des séniors provoquent des pertes d'autonomie durables^{14 15 16}.

7 Yves Rolland, Athanase Benetos, Armelle Gentric, Joël Ankri, François Blanchard, Marc Bonnefoy, Laure de Decker, Monique Ferry, Régis Gonthier, Olivier Hanon, Claude Jeandel, Fathi Nourhashemi, Christine Perret-Guillaume, Frédérique Retornaz, Hélène Bouvier, Geneviève Ruault, Gilles Berrut. La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la Société française de gériatrie et de gérontologie. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*. 2011 ;9(4):387-390. doi:10.1684/pnv.2011.0311

8 Haute Autorité de Santé et Conseil National des Professionnels de gériatrie. Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées. *Points clés solutions & organisation des parcours*. 2013.

9 Adams JG. Emergency department overuse: perceptions and solutions. *JAMA*. 2013;309: 1173-1174. PMID:23512065

10 Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A. Emergency department visits for nonurgent conditions: systematic literature review. *Am J Manag Care*. 2013;19: 47-59. PMID:23379744

11 Gasperini B, Cherubini A, Pierri F, Barbadoro P, Fedecostante M, Prospero E. Potentially preventable visits to the emergency department in older adults: Results from a national survey in Italy. *PLoS One*. 2017;12: e0189925. PMID:29267333

12 Belin J. Prevention of gerontological outcomes based on frailty: Main results Doi : 10.1016/j.jbanm.2022.02.017

13 Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation des Statistiques (DREES). Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue. *Études et Résultats*. Mars 2017, 1008.

14 Crane SJ, Tung EE, Hanson GJ, Cha S, Chaudhry R, Takahashi PY. Use of an electronic administrative database to identify older community dwelling adults at high-risk for hospitalization or emergency department visits: the elders risk assessment index. *BMC Health Serv Res*. 2010;10: 338. PMID:21144042

15 Chen C, Wang C, Huang G. Functional trajectory 6 months posthospitalization: a cohort study of older hospitalized patients in Taiwan. *Nurs Res* 2008;57(2)

16 Iwashyna TJ, Ely EW, Smith DM, Langa KM. Long-term cognitive impairment and functional disability among survivors of severe sepsis. *JAMA* 2010 Oct 27;304(16):1787-1794

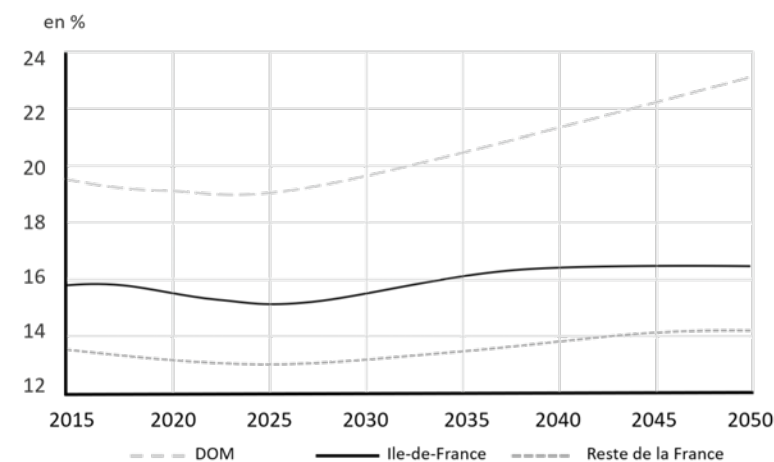
Une stratification à trois niveaux de la fragilité a été décrite par Fried¹⁷. Il s'agit de différencier les personnes âgées non fragiles, les personnes pré-fragiles et les personnes fragiles. Si les personnes pré-fragiles sont exposées à des risques de dégradation de leur état de santé, les personnes fragiles nécessitent un recours plus fréquent aux soins et une proximité au système sanitaire et social. Dans les deux cas, que les soins soient ponctuels ou réguliers, les inégalités dans l'accès aux soins, aux spécialistes, comme aux services de prévention ou encore les difficultés d'intelligibilité des systèmes de soin et de littératie en santé majorent les risques de ruptures de parcours, de dépendance et de décès précoce. En outre, la perte d'autonomie fonctionnelle est intimement liée à une dégradation de la qualité de vie de la personne mais également à celle de son aidant familial. Ce dernier tente souvent de composer avec un cloisonnement encore important des structures sanitaires, sociales et médico-sociales et des démarches administratives laborieuses tout en endossant un rôle d'accompagnement semi-professionnel du proche¹⁸.

II.2/ Un enjeu de santé publique majeur qui s'accroît jusqu'en 2040

Avec 2 millions d'hospitalisations en urgence par an, la perte d'autonomie suivant une hospitalisation est déjà un enjeu de santé publique en France. Selon les données de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) datant de 2020, près de 2,5 millions de personnes âgées de plus de 60 ans et vivant à domicile sont considérées comme étant en perte d'autonomie et éligibles à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Notons que 30 % des personnes de plus de 75 ans sont en perte d'autonomie. Ce chiffre croît et pourrait largement dépasser les 4 millions d'ici 2050, représentant, dès lors, près de 17 % des séniors.

Les dépenses brutes d'APA s'élèvent à 6 milliards d'euros dont 2,5 milliards pour les personnes vivant en établissement¹⁹ (figure 2). Au-delà des conséquences financières manifestes, la prévention de la perte d'autonomie fonctionnelle représente un enjeu éthique. Il s'agit de promouvoir, sur l'ensemble des territoires, une augmentation de l'espérance de vie sans incapacité et un maintien à domicile des séniors avec la meilleure qualité de vie possible et le plus longtemps possible.

Il s'agit donc de répondre aux besoins des personnes sur un territoire en termes d'accès aux soins, d'accès aux services pour un parcours pertinent, optimisé et cohérent.



Champ : France hors Mayotte, personnes de 60 ans ou plus
Sources : Insee, projections Omphale, Drees, enquêtes EHPAD 2015 et VQS 2014

Figure 2 : évolution du taux de prévalence de la perte d'autonomie et de la perte d'autonomie sévère à horizon 2050²⁰

Les derniers rapports gouvernementaux témoignent de ces enjeux et mettent en exergue les transformations structurelles et systémiques nécessaires ainsi que la place de l'innovation comme accélératrice de ces changements et maillon essentiel pour le repérage précoce de la fragilité et la lutte contre les difficultés d'accès aux soins. Les outils prédictifs d'événements de santé modifiables, simples, efficaces et à un faible coût tout en intégrant les dimensions territoriales déjà en place, supplantant le cloisonnement de la prise en charge et favorisant un environnement dit capacitant, représentent une aide précieuse dans la lutte contre les ruptures de parcours des aînés et le soutien aux aidants familiaux comme aux professionnels de santé. Dans ces conditions, l'apparition de l'utilisation de dispositifs numériques ou modèles prédictifs permet d'améliorer le parcours des patients, de soutenir le corps médical et paramédical tout en optimisant l'utilisation des ressources rares du système de santé²¹.

II.3/ Médecine prédictive, l'Intelligence Artificielle pour la prévention en santé

La médecine personnalisée est une approche qui vise à traiter les patients en fonction de leur profil individuel et de leur environnement²². En ce sens, elle a pour objectif l'adaptation du traitement ou des stratégies de suivi des patients à leurs caractéristiques uniques afin de répondre au mieux à leurs besoins. Elle répond aux enjeux suivants :

17 Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001 Mar;56(3):M146-56. doi: 10.1093/gerona/56.3.m146. PMID: 11253156.

18 Direction de la Recherches, des Etudes, de l'Evaluation des Statistiques (DREES). La perte d'autonomie et les aidants des personnes âgées. *L'aide et l'Action sociale en France*. 2020.

19 Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. 4 millions de séniors seraient en perte d'autonomie en 2050. *Insee Première*. Juillet 2019, n° 1767.

20 Insee, projections Omphale, Drees, enquêtes EHPAD 2015 et VQS 2014 dans Insee. 4 millions de séniors seraient en perte d'autonomie en 2050. *Insee Première*. Juillet 2019, n° 1767

21 L'essor des modèles prédictifs dans les systèmes de santé internationaux, Etudes et Résultats 1018 DREES <https://www.snds.gouv.fr/download/er1018.pdf>

22 « La médecine personnalisée vise à délivrer le bon traitement, au bon moment et au bon patient en s'appuyant sur les caractéristiques spécifiques des individus telles que les informations sur le mode de vie des patients et des citoyens ou les données omiques » - Agence Nationale de la Recherche (<https://anr.fr/fr/actualites-de-lanr/details/news/prelude-au-futur-de-la-medecine-une-conference-icpermed-les-5-et-6-octobre-2022-a-paris/>)

- Accroître l'efficacité des traitements en utilisant une approche personnalisée qui vise à mieux cibler des traitements spécifiques et plus efficaces pour chaque patient.
- Réduire les inégalités de dépense en adaptant les traitements aux profils et aux facteurs environnementaux de chaque patient. Il s'agit alors d'éviter des traitements inutiles et coûteux.
- Améliorer l'expérience et la satisfaction des patients en adaptant les traitements aux besoins uniques des patients afin d'obtenir des résultats plus rapides et plus satisfaisants.
- Améliorer la précision de la prise en charge des patients grâce à des tests individuels et à des outils d'intelligence artificielle, afin que les professionnels de santé puissent mieux comprendre et prédire les réponses individuelles des patients aux traitements.

L'intelligence artificielle (IA) en médecine est l'utilisation de technologies informatiques pour créer des systèmes qui apprennent à partir de cas ou situations validés par des soignants. Elle aide à la prise de décision de manière autonome et apporte plusieurs avantages notamment :

- L'amélioration de la précision des diagnostics. Grâce à l'apprentissage à partir des données réelles, les soignants peuvent être plus précis dans leurs diagnostics et donc mieux soigner leurs patients.
- L'aide à la recherche et au développement de nouveaux traitements. Les algorithmes d'IA peuvent analyser et traiter de grandes quantités de données pour permettre aux scientifiques de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents des maladies et trouver de nouvelles solutions pour les traiter.
- L'amélioration de la surveillance et du suivi des patients en automatisant des analyses de données et les alertes associées.

III- PRÉSAGE : UN DISPOSITIF MÉDICAL NUMÉRIQUE BASÉ SUR L'IA POUR PRÉVENIR LES RISQUES DE SANTÉ DES SÉNIORS

III.1/ Comment prédire le risque d'hospitalisation ?

Comme décrit précédemment, pour une personne fragile, l'hospitalisation en urgence peut engendrer une perte d'autonomie durable. Ainsi prédire suffisamment tôt une hospitalisation permet la mise en place d'actions de prévention réalisées par un professionnel de santé afin d'éviter une hospitalisation en urgence et la perte d'autonomie associée.

Cependant, il est difficile (et coûteux) de s'appuyer exclusivement sur les professionnels de santé (très sollicités sur des tâches complexes et en nombre décroissants) et les aidants, bien qu'en grand nombre (plus de 9 millions en France²³), n'ont *a priori*

23 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/93-millions-de-personnes-declarent-apporter-une-aide-reguliere-un#:~:text=8%2C8%20millions%20d'adultes,personne%20sur%20 quatre%20est%20concern%C3%A9e.>

pas les compétences pour évaluer si une évolution de l'état de santé de la personne (signe de fatigue, douleur, trouble du sommeil...) est bénigne ou bien l'expression d'un problème de santé plus grave. De plus, l'usage du numérique est encore très peu développé chez les seniors de 80 ans et plus : ceux-ci présentent un taux d'illectronisme (aussi appelé illettrisme numérique) de plus de 70 %^{24 25}.

Aussi, il a fallu créer une double innovation : valider la pertinence d'une observation par un proche non professionnels de santé et démontrer que des informations recueillies (sans constantes médicales) permettent de prédire une hospitalisation en urgence.

À cet effet, un programme de recherche clinique a réuni l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), la direction de l'action sociale de la CNAV, 2 Agences Régionales de Santé (Île de France et Centre-Val-de-Loire) ainsi que 3 filières gériatriques : Val de Marne Ouest (94) portée par l'AP-HP – La Salpêtrière Charles Foix, la filière Nord Essonne (91) portée par l'Hôpital Gériatrique Les Magnolias (HPGM) et celle du Blaisois (41) portée par le Centre Hospitalier de Blois.

Un total de 350 proches aidants a été recruté en 2016. Il s'agissait de non professionnels de santé qui réalisent des actes simples comme l'aide aux repas, le ménage ou l'aide aux courses. Il leur a été demandé de collecter une fois par semaine leurs observations grâce à un questionnaire sur smartphone de 27 questions concernant les activités de la vie quotidienne (préparation de repas, déplacement...), la possibilité de symptômes médicaux (fatigue, douleur, respiration...), des troubles du comportement (agressivité, oublie, ...), la communication avec l'entourage (tristesse, l'indifférence...). Plus de 10 000 questionnaires ont pu être recueillies concernant 300 personnes âgées de 83 ans en moyenne et suivies pendant plus d'un 1 an. Les résultats ont été publiés en 2019 dans la revue médicale PlosOne et démontrent qu'en utilisant l'intelligence artificielle il est possible de prédire 50 % des hospitalisations en urgence avec 7 jours d'avance²⁶. À l'issue, il a été décidé que l'entreprise Présage pourrait développer un dispositif médical éponyme de détection précoce des hospitalisations des seniors.

III.2/ Co-construction du Dispositif médical Présage

Après 3 ans de développement, le dispositif médical Présage a obtenu le marquage CE (en 2020), a été lauréat du projet Structure 3.0 de l'Agence du Numérique en Santé (ANS) en 2021 et reçoit le prix Galien – catégorie e-Santé (en 2022). Il est l'une des innovations mise en avant lors du CES par la délégation française (2023).

24 Aude Lécroart, Bruno Roy, Un million d'habitants serait concerné par l'illectronisme, INSEE 2019, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6676244#titre-bloc-6>

25 Péline Brotcorne, Gérard Valenduc, Les compétences numériques et les inégalités dans les usages d'internet. Comment réduire ces inégalités ? Les Cahiers du numérique 2009/1

26 Veyron J-H, Friocourt P, Jeanjean O, Luquel L. et al. (2019) Home care aides' observations and machine learning algorithms for the prediction of visits to emergency departments by older community-dwelling individuals receiving home care assistance: A proof of concept study. PLoS ONE 14(8): e0220002. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220002>

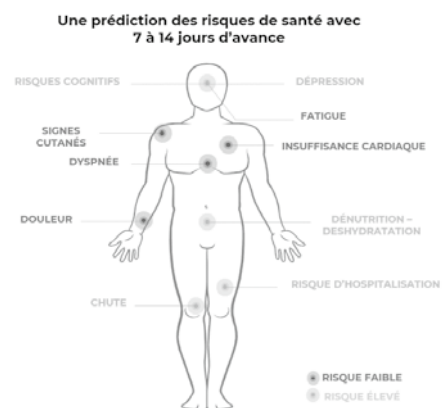


Figure 3 : prédiction des risques de santé par Présage

Présage est le 1^{er} dispositif médical de prédiction et de prévention des hospitalisations en urgence basé sur l'IA qui :

- Valorise le lien social existant entre un proche aidant et l'aidé
- Permet le recueil hebdomadaire simple et rapide en 2 minutes et le suivi continu de l'état de santé
- Prédit avec 2 semaines d'avance les hospitalisations en urgence
- Prédit avec plusieurs semaines d'avance 15 risques de santé des séniors comme la chute, la dénutrition, les troubles du sommeil ou la douleur...
- Propose des plans de prévention individuels qui facilitent l'action des proches

En plus de la certification Dispositif Médical, Présage est également un système e-santé (hébergeur de données de santé ISO 27001), interopérable avec les logiciels e-Parcours (Terr-eSanté en Île-de-France), qui permet de recueillir l'Identifiant National de Santé (INS), autorise un usage avec les cartes CPS / eCPS pour les professionnels de santé tout en facilitant les échanges d'informations importantes directement via la Messagerie Sécurisée de Santé (<https://esante.gouv.fr/produits-services/mssante>).

III.3/ Fonctionnement en vie réelle

Après recueil du consentement de la personne, l'aidant (familial ou professionnel) préalablement formé à l'utilisation de Présage, va renseigner le questionnaire Présage sur la base de ses observations et via l'application dédiée (smartphone ou tablette). Les algorithmes d'IA vont alors en temps réel, analyser l'évolution de l'état de santé du bénéficiaire (figure 3) et prédire l'évolution de risques de santé, l'apparition d'une décompensation et l'hospitalisation avec 7 à 14 jours d'avance.

Ces informations sont ensuite partagées avec les professionnels de santé autorisés (IDEC, IPA, Médecin Traitant...). Elles sont également accompagnées par un plan de prévention individuel. Structuré autour de 40 besoins édités par l'OMS

(relations sociales, besoins physiques, besoins psychiques, risques gériatriques, signes cutanés...), ce dernier est constitué de conseils thérapeutiques, d'activités de micro-learning et d'actions de prévention rédigées par des médecins dans un langage très simple et à destination des proches de la personne (figure 4).

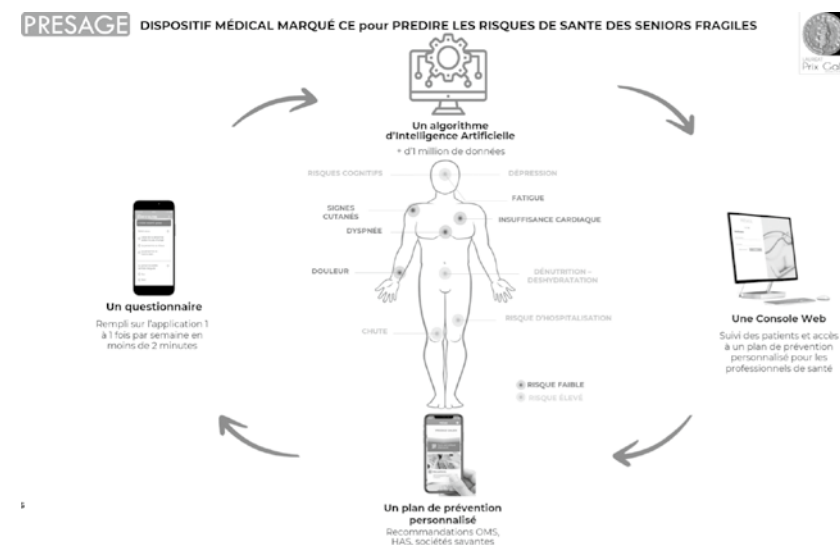


Figure 4 : fonctionnement de Présage permettant une prédiction des risques de santé avec 7 à 14 jours d'avance

Présage est conçu comme un dispositif complet qui offre, par des plans de prévention personnalisés et adaptés aux risques de chaque bénéficiaire, les moyens et la manière pour les aidants familiaux comme pour les professionnels, d'agir et d'intervenir de façon coordonnée en amont d'un évènement de santé majeur pouvant précipiter une perte d'autonomie fonctionnelle²⁷.

III.4/ Les preuves cliniques : fiabilité, sécurité et intelligibilité

Pour développer Présage à grande échelle, nous avons entraîné les algorithmes avec une cohorte de 1 000 patients suivis pendant 2 ans (1 millions de données recueillies). Déployé ensuite en vie réelle, les résultats ont été publiés dans une revue scientifique américaine de rang 1²⁸ : ils montrent que les prédictions de Présage sont fiables, vérifiées à plus de 99 % et qu'une fois utilisées par les professionnels, Présage permet de réduire 90 % des passages aux urgences. La sensibilité et la spécificité des alertes prédictives d'une visite aux urgences dans les 14 jours étaient respectivement de 83 % (IC 95 % 72-94) et 86 % (IC 95 % 85-87)²⁹.

²⁷ J. Belmin La prévention gériatrique basée sur la fragilité : quels résultats ? Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 2022. Dans cette méta-analyse rassemblant 31 études dont 26 essais contrôlés, J Belmin montre que les programmes d'entraînement physique, seuls ou combinés à des interventions nutritionnelles, ont permis d'améliorer le niveau de fragilité dans 31% des cas, la vitesse de marche et la force musculaire des membres inférieurs, grâce à la mise en place d'actions de santé en lien avec des professionnels.

²⁸ Belmin J, Villani P, Gay M, Fabries S, Havreng-Théry C, Malvoisin S, Denis F, Veyron J Real-world Implementation of an eHealth System Based on Artificial Intelligence Designed to Predict and Reduce Emergency Department Visits by Older Adults: Pragmatic Trial J Med Internet Res 2022;24(9):e40387

²⁹ la sensibilité est le taux de détection des cas positifs (bonne prédictions des hospitalisations), la spécificité celui des cas négatifs (bonne prédiction des non hospitalisations)

Cette étude a par ailleurs mis en exergue la facilité d'utilisation du dispositif comme sa bonne appropriation par les professionnels (auxiliaires de vie comme infirmiers de coordination). Plus de 90 % d'entre eux se sont dit satisfaits par le dispositif et notamment par la rapidité d'analyse et la fiabilité des informations fournies.

III.5/ Articulation avec d'autres dispositifs de prévention

Présage est un dispositif de prévention des hospitalisations des personnes fragiles ou dépendantes afin d'éviter l'aggravation de leur état de santé qui s'articule avec d'autres dispositifs de prévention ou d'aide portés par les CARSAT (OSCAR), les organismes de protection sociale (Ma Boussole Aidant), l'assurance maladie (PRADO³⁰ Insuffisance Cardiaque et PRADO Personnes Âgées) ou ICOPE (pour les personnes autonomes, robustes ou en pré fragilité). ICOPE est un programme de l'OMS qui vise à structurer et optimiser la prévention en instaurant un repérage précoce des fragilités chez toutes les personnes de 60 ans et plus en s'appuyant sur le guide ICOPE pour l'évaluation et les parcours centrés sur la personne dans les soins primaires (Manuel ICOPE) de l'OMS³¹.

Ce manuel à destination des professionnels de santé et de soins aide à fixer des objectifs centrés sur la personne, à dépister les pertes de capacités intrinsèques dans une série de domaines et à évaluer les besoins en matière de santé et d'aide sociale afin de développer un plan de soins personnalisé. Le plan de soins peut inclure de multiples interventions pour gérer le déclin des capacités intrinsèques, fournir des soins et un soutien social, favoriser l'autogestion et soutenir les aidants. Les domaines de la capacité intrinsèque comprennent le déclin cognitif, la mobilité limitée, la malnutrition, la déficience visuelle, la perte d'audition et les symptômes dépressifs. Lancé en France en 2020, le programme ICOPE va plus loin que le manuel initial et propose la « structuration de la prévention est réalisée par étape »³² : dépister (étape 1), évaluation axée sur la personne dans les soins primaires (étape 2) , élaborer un plan personnalisé (étape 3) , assurer la filière d'orientation et le suivi du plan de soins (étape 4), mobiliser les communautés et soutenir les aidants (étapes 5). Au regard des premiers résultats publiés du programme ICOPE³³, Présage montre sa capacité à lever des difficultés relatives notamment en termes d'implémentation des plans personnalisés (étape 3 ICOPE) mais également à s'adresser à une population plus âgée.

Ainsi, la dimension prédictive de Présage basée sur un suivi continu couplé à l'utilisation de l'intelligence artificielle apporte une réelle complémentarité aux dispositifs de prévention existants.

III.6/ Déploiement dans les territoires

Présage est déployé au sein de plusieurs milliers de domiciles pour permettre une vie à domicile plus longue, en meilleure santé et avec une bonne qualité de vie mais également afin de répondre aux objectifs des projets de santé des territoires³⁴. Le déploiement est décidé par les institutions (ARS, CD, CARSAT...) en lien avec les acteurs du territoire comme les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les dispositifs d'appui à la coordination (DAC), les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les services à domicile (SAD), les centres de santé (CDS), maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et les pôles de santé...

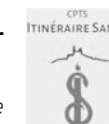
Lutter contre l'isolement – CCAS du Chesnay Rocquencourt



« J'espère que demain le dispositif sera totalement intégré à tous les CCAS pour que tout le monde puisse bénéficier de cet outil, limiter l'isolement des personnes âgées et être un vecteur de lien social au travers d'activités culturelles ou de prévention et des animations de quartier » Anatole Bonneau, responsable de secteur du CCAS.

Depuis mars 2021, en lien avec la politique du Conseil Départemental des Yvelines et la Plateforme d'Autonomie Territoriale du Grand-Versailles (PAT), le Centre Communal d'Actions Sociales (CCAS) du Chesnay-Rocquencourt utilise Présage et valorise les observations des auxiliaires de vie intervenants auprès des personnes âgées fragiles vivant à domicile. Après une année de projet, la mairie a décidé d'élargir le périmètre en proposant Présage à l'ensemble des personnes bénéficiant du dispositif YES+, dispositif luttant contre l'isolement des personnes âgées³⁵. En complément des échanges réguliers réalisés par les acteurs sociaux, une « veille santé » est mise en place afin d'éviter la dégradation de seniors fragiles.

Favoriser l'accès aux soins et éviter les ruptures à Marseille – CPTS Itinéraire Santé



« La simplicité d'utilisation de la console d'analyse clinique Présage nous permet d'être plus efficaces dans nos prises de décisions afin que nous apportions la réponse adaptée au bon moment aux personnes en risque de perte d'autonomie », Mathias GAY, membre du bureau CPTS Itinéraire Santé

À l'été 2020, la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) Itinéraire Santé du territoire de Marseille (11^e, 12^e, et 13^e arrondissements) valide son projet de santé avec la CPAM des Bouches-du-Rhône et l'ARS PACA. Avec l'un des taux de précarité des plus défavorables en France (quartier Nord de Marseille)³⁶, le territoire présente des enjeux autour des hospitalisations évitables, l'amélioration du maintien à domicile et un accès difficile aux médecins traitants pour les seniors du territoire.

Le déploiement du dispositif Présage a pu être lancé grâce au soutien de l'Agence Régionale de Santé (ARS) PACA. Après les formations des acteurs du domicile et des

30 <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>

31 <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-ALC-19.1>

32 P11 et 12 https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/20220614_jicope_cahierdescharges_actualise.pdf

33 Tavassoli N, de Souto Barreto P, Berbon C, Mathieu C, de Kerimel J, Lafont C, Takeda C, Carrie I, Piau A, Jouffrey T, Andrieu S, Nourhashemi F, Beard JR, Soto Martin ME, Vellas B. Implementation of the WHO integrated care for older people (ICOPE) programme in clinical practice: a prospective study. *Lancet Healthy Longev.* 2022 Jun;3(6):e394-e404. doi: 10.1016/S2666-7568(22)00097-6. Epub 2022 Jun 9. PMID: 36098317.

34 <https://presage.care/>

35 <https://www.lechsnay-rocquencourt.fr/Dispositif-YES-/279/>

36 <https://cartotheque.anct.gouv.fr/media/record/eyJpIjojZGVmYXVsdCIsIm0iOm51bGwslmQiOjEslm0iMjM1MH0>

acteurs de coordination, les professionnels ont pu mesurer l'amélioration de la coordination sociale-sanitaire en ville grâce à l'anticipation des situations de rupture permise par les alertes prédictives. La mise en place d'actions adaptées ont permis d'éviter une trentaine d'hospitalisations en 18 mois. À l'issue de la phase d'expérimentation, (18 mois), Présage a pu être intégré à la politique de soins courants du territoire de la CPTS.

Favoriser le maintien à domicile des personnes fragiles

– Le Connétable

« L'application PRESAGE, en repérant en amont les fragilités, permet de mettre en place des mesures préventives pour des personnes âgées encore aptes à rester chez elles », Ophélie Guillerme, Directrice Générale Le Connétable

En 2020, l'Agence du Numérique en Santé (ANS) a lancé un appel à projets « Structures 3.0 » que l'Association Le Connétable a remporté en proposant le déploiement de PRESAGE pour l'ensemble des acteurs du domicile. Le dispositif a notamment permis d'apporter un appui concret aux acteurs du domicile de « première ligne » (aide à l'identification des fragilités, partage systématique des risques...) ainsi que dans la mise en place d'actions par les infirmiers de coordination qui permettent de faire face aux décompensations et risques d'hospitalisations en urgences.



III.7/ Apporter les garanties aux utilisateurs

Pour tous dispositifs à destination des professionnels, des garanties doivent être mises en place afin d'assurer que l'utilisation des algorithmes est sûre et conforme aux normes et aux lois en vigueur. Ces garanties comprennent 3 axes : le respect des lois et règlements, l'éthique et la surveillance.

Le respect des lois et des règlements : l'obligation du marquage CE

Les organismes de réglementation ont mis en place des règles pour s'assurer que les systèmes d'IA respectent les lois et les règlements en vigueur. En Europe, la réglementation³⁷ est très claire et les logiciels (avec ou sans IA) destinés à fournir des informations utilisées pour prendre des décisions à des fins thérapeutiques ou diagnostiques sont des dispositifs médicaux de la classe IIa (sauf ceux susceptibles de causer la mort ou une détérioration irréversible de l'état de santé, classe III). Ainsi, ces dispositifs sont soumis au règlement 2017/745 qui vise le renforcement de la sécurité du patient grâce notamment à une prise de décision basée sur l'analyse de risques, l'intégration des exigences cliniques, une vigilance et une surveillance après commercialisation plus rigoureuse³⁸.

Éthique et responsabilité : l'association d'un comité d'éthique et l'intelligibilité

Les développeurs et les utilisateurs d'algorithmes doivent s'assurer que leurs systèmes respectent les principes éthiques³⁹ assurant notamment la non-discrimi-

37 <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32017R0745>

38 La présence du dispositif sur la base européenne dite EUDAMED est un moyen simple pour s'assurer du marquage CE d'un dispositif : <https://ec.europa.eu/tools/eudamed/#/screen/search-eo>

39 Phillips SP, Spithoff S, Simpson A. L'intelligence artificielle et les algorithmes prédictifs en médecine : Promesses et problèmes. *Can Fam Physician*. 2022 Aug;68(8):e230-e233. French. doi: 10.46747/cfp.6808e230. PMID: 35961718; PMCID: PMC9374076.

nation concernant la race, le genre, l'origine ethnique, la religion, le handicap ou tout autre facteur discriminatoire, ainsi que la confidentialité et sécurité des données, la transparence et l'équité, c'est-à-dire le principe de justice et d'équité à traiter les personnes de manière égale.

À cet effet, une structure proposant un dispositif médical numérique devra apporter la preuve d'une sollicitation régulière d'un comité d'éthique ainsi que le suivi d'une charte d'éthique, inspirée par exemple du rapport de la CNIL « Les enjeux éthiques des algorithmes et de l'intelligence artificielle »⁴⁰.

De plus, les soignants qui utilisent de tels systèmes numériques attendent une transparence dans le traitement des données (possibilité de consulter les données sources, compréhension du processus décisionnel d'alertes) ainsi que la validation systématique par un professionnel de santé.

Surveillance et contrôle : le suivi après commercialisation et le rôle clé d'un organisme notifié

Les organismes de réglementation surveillent et contrôlent l'utilisation des algorithmes pour s'assurer qu'elle est sûre et conforme aux normes et aux pratiques acceptées. Ces organismes doivent évaluer les données relatives aux dispositifs médicaux et aux patients pour s'assurer qu'ils sont sûrs et efficaces. Pour cela, ils surveillent le marché pour détecter et signaler tout problème lié aux dispositifs médicaux et s'assurent que les fabricants respectent les règlements et les règles européens en matière de sécurité et de qualité. Enfin, ils vérifient que les fabricants prennent les mesures appropriées pour veiller sur la performance des dispositifs médicaux.

IV- PERSPECTIVES : DE NOMBREUX CAS D'USAGE POUR PRÉSAGE

D'autres études sont en cours de publication et valoriseront les résultats significatifs de Présage pour la prédiction de symptômes tels que la dépression ou la dénutrition ainsi que d'événements majeurs comme la chute grave. L'impact médico-économique de Présage important est notamment attribuable à la diminution des hospitalisations non programmées, à l'augmentation de la qualité de vie et à son faible coût pour les structures sociales et médico-sociales. Au-delà de ces résultats, d'autres démarches sont en cours.

IV.1/ Articulation entre le premier recours et les filières gériatriques

Dans les territoires caractérisés par une forte poussée démographique, on assiste au développement de démarches stratégiques structurantes portées par les établissements hospitaliers qui visent à construire un projet médical (éventuellement universitaire) de territoire, pour garantir une offre de soins de proximité, de référence et de recours.

40 https://www.cnil.fr/sites/default/files/atoms/files/cnil_rapport_garder_la_main_web.pdf

L'ancrage territorial fondé sur le recours et l'expertise est la pierre angulaire de ce projet, avec une logique complémentaire, tournée vers la synergie des compétences, de l'innovation et de la performance des activités et notamment :

- ▀ Une démarche d'affiliation auprès des établissements de santé partenaires sur l'ensemble du territoire qu'il dessert pour organiser une gradation des soins pertinente et éventuellement nourrir d'une dimension universitaire et académique au service de son bassin de population.
- ▀ Le renforcement des prises en charge de proximité et de la cohérence des parcours de soins associés, fondés sur le recours et l'expertise, en synergie avec l'ensemble des acteurs du territoire.

Cet axe se traduit dans ses liens renforcés avec l'ensemble des acteurs et partenaires de ville et la mise en œuvre de parcours patients organisés autour de filières, de prises en charge adaptées et renforcées des maladies chroniques, de la gériatrie, de la santé mentale et du cancer pour ne citer que quelques exemples. Dans ce cadre, une coordination renforcée de tous les acteurs de la santé et du domaine médico-social et social est recherchée : articulation étroite avec les CPTS (créé ou en cours de déploiement) et avec le DAC, interventions pour les cas complexes au sein des EHPAD au travers les filières gériatriques et équipes d'hygiène. Le Service d'Accès aux Soins (SAS) traduit ce besoin d'interaction et de mise en synergie des compétences de chacun.

Cet axe de proximité couplé à une expertise des établissements porteur de filière gériatrique est cohérent avec les démarches en termes d'organisation des soins non programmés (plan « Zéro brancard » dont la mesure 5⁴¹ : renforcement de la filière gériatrique et de la cellule de gestion des lits, dispositif d'orientation post urgences en lien avec SAS et télémédecine. Pour déployer un tel projet médical de territoire, les établissements s'appuient sur un socle de services (biologie-pathologie, imagerie, explorations et activité interventionnelle, chirurgie et anesthésie-réanimations, santé publique et pharmacie) qui consolident les domaines d'expertise clinique et assurent les prises en charge spécialisées et multidisciplinaires, comportant aussi une forte dimension territoriale, autour de la médecine du cancer et les spécialités psychiatrie-addictologie et gériatrie. Cette organisation a montré sa pertinence notamment par la coordination effective des prises en charge entre les différents acteurs mais met également en évidence certains points à améliorer (voir tableau 1). Les outils numériques actuels ont une efficacité démontrée lors de ces épisodes. Malgré cela, des ruptures dans le parcours existent encore. Ils se manifestent par des situations de santé détériorées sur les lieux de vie, des passages aux urgences ou des hospitalisations évitables. Dans ce cadre, Présage permet d'aller plus loin en proposant aux acteurs une aide à la décision sur la réponse à adopter devant une situation critique pour l'anticiper.

Problématique identifiée	Contribution de PRÉSAGE
Des adressages tardifs de patients aux effecteurs de soins de situations cliniques détériorées.	Eviter ces adressages tardifs grâce au suivi et à l'anticipation continue des situations à risque sur le lieu de vie de la personne âgée, déclencher des actions de prévention, d'évaluation ou de soin.
Eviter les passages par les services d'urgence et les hospitalisations aiguës qui pourraient être anticipées à domicile ou en ambulatoire	L'outil Présage a montré son efficacité pour prédire plusieurs jours à l'avance des situations nécessitant une prise en charge urgente, ce qui donne la possibilité d'organiser, par exemple, une entrée directe dans un service de soins aigus.
Méconnaissance de l'état de santé des personnes âgées arrivant aux urgences.	Les professionnels de santé du SAS et du SAU peuvent disposer des informations de santé récentes des personnes suivies par Présage à domicile pour faciliter leurs orientations (dispositif « brise-glace »).
Des durées de séjours trop longues en médecine ou réadaptation du fait, dans certains cas, du fait de la difficulté d'évaluer le risque du retour à domicile	L'utilisation de l'outil pour les patients âgés vulnérables, dès l'entrée dans le service d'hospitalisation fournit une aide à la décision pour les soignants afin d'adapter les soins et les besoins de la personne pour son retour à domicile plus rapide et mieux sécurisé (mise en place d'aide, suivi ambulatoire...)
Eviter des ré-hospitalisations des personnes âgées les plus vulnérables	Installer Présage à domicile dès la sortie

Tableau 1 : identification des problématiques souvent rencontrés dans les territoires et contribution de Présage

IV.2/ Plan national Antichute

« Chaque année, 2 millions de chutes de personnes âgées de plus de 65 ans sont responsables de 10 000 décès, la première cause de mortalité accidentelle, et de plus de 130 000 hospitalisations. Les chutes ont des conséquences physiques, psychologiques, sociales et réduisent la qualité de vie des personnes. Elles constituent par ailleurs une rupture dans le parcours de vie des sujets âgés sur le plan de l'autonomie. »⁴². Le plan antichute national et triennal a pour objectif de réduire de 20 % le nombre de chutes mortelles ou entraînant une hospitalisation des personnes de 65 ans et plus. Pour cela, un plan d'action basé sur 5 axes (Savoir repérer les risques de chutes et alerter, Aménager son logement pour éviter les risques de chute, Des aides techniques à la mobilité faites pour tous, L'activité physique meilleur arme antichute, la téléassistance pour tous).

41 N° DGOS/R4/2021/252 du 14 décembre 2021

42 https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_plan-antichute-accessible28-02-2022.pdf

Présage est l'un des outils recommandés pour répondre à l'axe « savoir repérer les risques de chutes et alerter »⁴³ et peut être déployé par les institutions (ARS, CARSAT, CD) et acteurs des territoires (CPTS, filières, DAC). Présage permet d'identifier en vie réelle les personnes potentiellement chuteuses (algorithme dédié qui prédit plus de 60 % des chutes à 3 semaines⁴⁴) et émet une alerte en cas de risque avéré. Le plan de prévention individuel est proposé et inclut (si ce n'est pas déjà mis en place) l'aménagement du logement, les aides financières et techniques associées ainsi que des conseils pratiques concernant l'activité physique à réaliser avec les aidants de la personne : conseils sous forme de micro-coaching, films éducatifs, fiches pratiques...

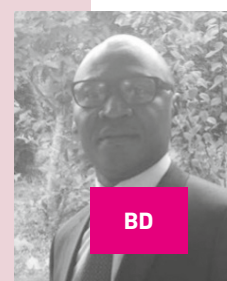


© PRESAGE 2020-2022

Illustration : mise à disposition, au bon moment, des conseils en prévention pour des patients « chuteurs ».

Hotlines gériatriques : un modèle organisationnel potentiellement efficient

Par **B. Bongue**, Docteur en Pharmaco-épidémiologie de l'université de Toulouse III, C. Dupré, docteure en santé publique et ingénierie de la prévention, **C. Mourgues**, Ingénieure Hospitalière - Économiste de la Santé à La Direction de la Recherche clinique et de l'innovation (DRCI) du CHU de Clermont-Ferrand, **L. Goethals**, docteur en santé publique spécialité marketing social de l'université Jean Monnet de Saint-Étienne, **M. Blanquet**, praticien hospitalier en médecine générale et économiste de la santé dans le service de santé publique du CHU de Clermont-Ferrand, **T. Celarier**, Professeur associé à l'université Jean Monnet et responsable du service gériatrie au CHU de Saint-Étienne



Bienvenu Bongue est Docteur en Pharmaco-épidémiologie de l'université de Toulouse III et titulaire d'une Habilitation à Diriger les Recherches (HDR) en Gérontologie préventive. Il est enseignant-chercheur rattaché au laboratoire SAINBIOSE; INSERM 1059 de l'Université Jean Monnet de St-Etienne. Il est également de directeur de la Chaire santé des aînés ingénierie de prévention (ChSA-IP) dans cette université. Parallèlement à ses fonctions universitaires, il est coordonnateur de projets au CETAF (Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé de l'assurance maladie). Les innovations organisationnelles font parties de ses thématiques d'intérêt.



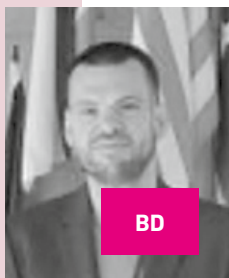
Caroline Dupré est docteure en santé publique et ingénierie de la prévention. En plus de son expérience de 20 ans comme statisticienne, elle est chargée de recherche à la Chaire Santé des aînés de l'Université Jean Monnet de Saint-Étienne. Elle travaille sur différents sujets de santé : démographie, clinique ou paraclinique, maladies chroniques...sur une large population (jeunes adultes à personnes âgées). Elle s'intéresse particulièrement au vieillissement en santé, à la prévention santé, aux méthodes statistiques et à l'épidémiologie.



Charline Mourgues est Ingénieure Hospitalière - Économiste de la Santé à La Direction de la Recherche clinique et de l'innovation (DRCI) du CHU de Clermont-Ferrand. Elle travaille sur les évaluations médico-économiques des projets de recherches clinique (études coût-efficacité, coût-utilité, coût-bénéfices, coût-conséquences). Elle travaille de façon transversale avec toutes les spécialités médicales ayant un besoin d'évaluation médico-économiques avec une appétence particulière pour l'évaluation des parcours de Santé. Elle est adhérente au Collège des Économiste de la Santé Français.

43 <https://ptolemee.com/conference-plan-antichute/documentations.html>

44 Publication "Development and validation of machine learning algorithm to predict 3 weeks in advance fall for community-dwelling older people : a retrospective multicenter cohort study".en pre-print prévue pour 2023.



Luc Goethals est docteur en santé publique spécialité marketing social de l'université Jean Monnet de Saint-Étienne. Après une mission en tant que chercheur pour l'Agence Internationale de l'Énergie Atomique, Vienne, Autriche, il est désormais chercheur au sein des équipes INSERM, CRESS, UMR 1153 (EPOPé) et INSERM, UMR S 1123 (ECEVE) à Paris.



Marie Blanquet est praticien hospitalier en médecine générale et économiste de la santé dans le service de santé publique du CHU de Clermont-Ferrand. Elle travaille sur le déploiement d'un parcours de santé « Insuffisance Cardiaque » dans le Cantal. Elle réalise des études de recherche et effectue des évaluations médico-économiques pour des projets de recherche clinique.



Thomas Célarier est Professeur associé à l'université Jean Monnet et responsable du service gériatrie au CHU de Saint-Étienne. Il travaille sur les parcours de soins et anime d'ailleurs l'axe parcours et thérapie non médicamenteuse au gérontopôle AURA. Il est d'ailleurs membre du COSE restreint du gérontopôle. Il est aussi vice-président de CME chargé du parcours de soins au sein du CHU de Saint-Étienne.

I- CONTEXTE

Dans le contexte d'un accès aux soins dont les contraintes s'expriment, parfois, par un réel éloignement géographique entre le domicile du patient et le lieu de soin, ou par des délais de rendez-vous très longs, le modèle organisationnel des hôpitaux est l'un des premiers segments touchés par le vieillissement de la population. À terme, sans nul doute, les personnes âgées deviendront « le cœur de métier » de l'hôpital. Selon les chiffres de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales), les patients âgés de 80 ans et plus représentent 40 % des hospitalisations non programmées en services d'urgence [1]

Pour une meilleure prise en charge des personnes âgées en France, la Sécurité sociale a créé depuis 2009 les notions de Parcours de soins et parcours complexes qui donnent une place centrale au médecin traitant. Cependant, en pratique, pour les familles et les médecins généralistes, les Services d'Accueil d'Urgences (SAU) demeurent le moyen le plus rapide et usuel pour répondre à la complexité que rencontre, très souvent, la prise en charge des patients âgés polyopathologiques [2,3]. Par conséquent, en plus de l'engorgement observé, des études montrent que le passage par les SAU peut avoir des effets délétères sur la santé des séniors [4]. Le passage par les SAU peut être déstabilisant pour les séniors et générer de nombreuses complications communément appelées syndromes gériatriques. Le passage aux urgences induit un fort risque de survenue de déclin fonctionnel pour les personnes âgées, de chutes, d'iatrogénie médicamenteuse, et d'incontinence [5,6].

Des auteurs ont mis en évidence que dans 20 à 35 % des cas, ces passages aux urgences étaient inappropriés. Une prise en charge ambulatoire ou une hospitalisation programmée aurait été possible à condition d'avoir un avis gériatrique adapté [7]. Près d'un quart des hospitalisations aurait donc pu être anticipé. Selon certaines études portant sur les durées de séjour, la durée de prise en charge en service d'urgence serait plus longue pour les patients relevant initialement d'une hospitalisation programmée. Selon le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), les surcoûts induits par la segmentation et l'inadéquation des réponses comme le recours injustifié à l'hospitalisation ont été estimés à 2 milliards d'euros [8]. L'ensemble de ces données met en évidence la nécessité d'une meilleure coordination entre la médecine ambulatoire et l'hôpital, afin de permettre un accès aux soins plus approprié pour les personnes âgées [9].

Pour améliorer la coordination ville - hôpital, les Agences Régionales de Santé (ARS) ont, dans un premier temps, organisé le territoire en filière centrée sur un centre hospitalier qui dispose à la fois d'un SAU et d'un service de court séjour gériatrique permettant des entrées directes. Parallèlement, les ARS ont proposé la création des Equipes Mobiles de Gériatrie (EMG) et de lignes téléphoniques dédiées (Hotlines gériatriques). Les objectifs de ces Hotlines et de ces EMG étaient d'améliorer les relations ville - hôpital afin de réduire le nombre d'hospitalisations indues en proposant notamment des réponses plus adaptées.

II- OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le dispositif « hotline gériatrique ». Pour cela, trois objectifs spécifiques ont été déclinés, à savoir :

- Décrire les caractéristiques des patients et le profil des utilisateurs;
- Décrire le parcours des patients ayant bénéficié du dispositif;
- Analyser les principales réponses apportées pour pouvoir apprécier l'efficacité de ces dispositifs.

III- MATÉRIELS ET MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude observationnelle, multicentrique et descriptive sur 7 sites d'investigations (CHU de St-Etienne, Clermont-Ferrand, Lyon-Sud, Bordeaux, Angers, et CH de Firminy, St Chamond). L'étude s'est déroulée d'avril 2018 à avril 2020. Le protocole de l'étude a été publié dans le Journal of Medical Internet Research en février 2020 [10].

La population cible de l'étude était constituée de personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile ou en institution et ayant fait appel à une ligne téléphonique dédiée à la gériatrie dans l'une des villes participantes.

Les données recueillies portaient sur les caractéristiques du patient, de l'appelant (médecin généraliste) et du répondant (praticien hospitalier), les motifs de l'appel, les réponses apportées, etc... Pour renseigner le parcours après hospitalisation, le mode de sortie en fin de séjour était enregistré : retour au domicile (domicile personnel ou résidence autonomie) direct ou avec mise en place d'aides, retour à l'EHPAD, soins de suite et réadaptation (SSR) puis retour au domicile ou SSR puis retour à l'EHPAD, entrée en EHPAD, entrée en résidence autonomie, entrée en unité de soins longue durée (USLD), décès. En ce qui concerne les analyses statistiques, les méthodes appropriées ont été choisies pour les besoins. Pour l'évaluation médico-économique, nous avons réalisé une analyse coût-efficacité en perspective sociétale (annexe 2).

IV-. RÉSULTATS

IV.1/ Caractéristiques des patients

L'étude porte sur 7 centres hospitaliers de France : Angers, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Firminy, Lyon sud, St-Chamond et St-Etienne. Au total, 4611 appels ont été enregistrés pour l'étude. Le site de St-Etienne est celui qui a enregistré le plus grand nombre d'appels (24,4 %) suivi du site de Bordeaux (20,9 %). L'âge moyen des patients pour lesquels les appels ont été effectués était de 86,8 ans ($\pm 5,6$). Cet âge était différent en fonction du site d'investigation. Il était le plus élevé à Saint-Chamond (87,5 ans) alors que l'âge moyen le plus bas était observé sur le site de Firminy (86,1 ans). Dans une étude récente de notre équipe, Berangere et alii ont décrit l'état de santé des patients inclus dans notre étude. Ces auteurs ont montré que la polymédication était importante (81,5 % des patients) dans notre population. Parmi les participants, 59,8 % avaient une aide technique pour la marche, 56,1 % étaient des chuteurs et 52,8 % des patients présentaient des troubles cognitifs [11].

IV.2/ Profil des utilisateurs des Hotlines gériatriques

L'appelant était très souvent un médecin généraliste (76,8 %) et le médecin répondant était un praticien hospitalier (71,2 %). Le Tableau 1 présente les profils des utilisateurs des hotlines gériatriques par centre d'investigation. L'analyse des profils des utilisateurs par site montre des pratiques très différentes. Alors que, dans la plupart des sites, il s'agissait le plus souvent des sollicitations des professionnels externes

au centre hospitalier, le site d'Angers se caractérise par une très forte sollicitation des praticiens hospitaliers internes au CHU (31,4 %) contre 10 % en moyenne pour l'ensemble des sites.

IV.3/ Parcours des personnes âgées hospitalisées en Court Séjour Gériatrique (CSG)

Pour analyser les parcours des patients inclus dans notre étude, nous avons regroupé les patients en deux populations : celle retournant à son lieu de vie antérieur (RLVA) et celle ne retournant pas à son lieu de vie antérieur (NRLVA). La Figure 1 montre le parcours des patients hospitalisés en CSG en passant par une « Hotline » gériatrique. Notre étude montre que près de 73 % des patients hospitalisés en CSG retournent dans leur lieu de vie antérieur après hospitalisation. Parmi eux, 12,8 % retournent avec une majoration du plan d'aide et 31,4 % passent par un SSR.

IV.4/ Concordances/ Discordances entre les motifs de l'appels et les réponses : Efficience du dispositif

Sur la plateforme hotline, l'auteur de l'appel pouvait contacter le dispositif pour différentes raisons (conseil thérapeutique, demande de consultation, demande d'hospitalisation immédiate ou différée, aide à l'orientation). Nos résultats montrent que la recherche de conseils était le motif principal des appels. Ainsi, sur les 4 137 appels inclus dans cette analyse, 64,2 % (n=2 657) étaient pour des conseils et 35,8 % (n=1 480) pour une hospitalisation d'urgence (urgences générales ou gériatriques).

Pour apprécier la capacité des Hotlines à répondre aux besoins des médecins appelants, nous avons réalisé dans un premier temps des analyses de concordances et de discordances entre les motifs des appels et les réponses apportées (Figure 2), en créant 2 groupes : les « Concordants » et les « Discordants ». Ainsi, on observe plus de 80 % de cas de concordance entre le motif de l'appel et le type de réponse apporté. Seuls 20 % de cas montraient une discordance entre les souhaits et les réponses.

L'analyse par centre montre des différences importantes entre les appels et les réponses apportées (Tableau 2). Les pourcentages d'appels pour avis ou hospitalisation sont très différents d'un centre à l'autre ($p < 0,0001$). De même, les réponses apportées aux requêtes sont très différentes, avec des pourcentages variables de concordant/discordant. Avec 90 % de concordance, le site de Clermont-Ferrand était celui qui avait un plus fort taux de concordance alors que le site de Lyon avait le taux le plus bas (76,7 %).

Les analyses médico-économiques des concordances et des discordances des réponses apportées permet d'apprécier l'intérêt économique du dispositif. Parmi les 2 657 appels pour conseils/avis, 257 (9,7 %) ont conduit à des hospitalisations en urgences. Parmi les 1 480 appels pour hospitalisations d'urgences, le conseil seul s'est révélé suffisant pour 537 cas (36,2 %). Ce taux de 36 % peut être considéré comme la proportion des hospitalisations évitées. Le tableau 3 présente la distribution des concordants et des discordants en fonction des motifs d'appels. Les analyses de sensibilité multivariée par scénario réalisées dans notre étude montrent un rapport coût-efficacité favorable pour la hotline gériatrique (annexe 2).

IV.5/ Discussion

L'objectif général de ce projet était d'évaluer le parcours de santé des personnes âgées de 75 ans et plus ayant fait appel à une Hotline gériatrique. L'âge moyen des patients, que ce soit lors des appels ou en CSG, est de 86 ans. La principale demande est le « conseil » (64,2 %). Ce résultat est différent de celui de Benoist et alii qui ont trouvé 69,6 % d'appels pour des demandes d'hospitalisation [12]. Cette différence pouvait s'expliquer par une meilleure connaissance de cette offre (certaines hotlines existaient depuis plusieurs années et avaient fait l'objet de plusieurs campagnes de promotion). En effet, 90 % des médecins libéraux utilisant la hotline la connaissent déjà. Ils savent donc que l'hospitalisation n'est qu'une alternative parmi les réponses possibles.

L'analyse du parcours de soins des participants montrent que plus de 30 % des appels ont abouti à une hospitalisation. Ce chiffre est différent de celui de Benoist et alii qui ont trouvé un taux de 55 % [12]. Cette différence pourrait s'expliquer par l'organisation de la gériatrie à l'échelle de ce territoire. En effet, outre la hotline gériatrique, le Groupement Hospitalier Centre disposait de 150 lits d'hospitalisations dans différents CSG, ce qui pouvait faciliter ce type de prise en charge. À notre connaissance, notre étude est la première à mettre en évidence les effets de l'organisation territoriale de la gériatrie sur le fonctionnement de la Hotline (voir tableau 2). Un autre résultat majeur de notre étude sur les parcours concerne le taux de retour au lieu de vie antérieur (RLVA). Notre étude montre que près de 73 % des patients hospitalisés en CSG retournent dans leur lieu de vie antérieur après hospitalisation. Parmi eux, 12,8 % retournent avec une majoration du plan d'aide et 31,4 % passent par un SSR.

Le troisième résultat majeur de notre étude est l'optimisation du parcours. En effet, l'analyse du parcours de santé des participants dans notre étude montre que, bien que 36 % des demandes d'hospitalisation aient plutôt abouti à des conseils, environ 10 % des appels pour conseils ont conduit à des hospitalisations. Ce résultat suggère que la Hotline est une ligne de régulation qui permet d'orienter les patients aux bons endroits et aux bons moments. Le fait de pouvoir apporter une gamme de réponses très variées et de disposer de lits dédiés au quotidien dans les CSG permettant d'accueillir les patients qui nécessitent une hospitalisation d'urgence dans les services appropriés contribue à une meilleure prise en charge de ce type de patients.

Dans plus de 80 % de cas il y a concordance d'appréciation entre le médecin appelant et le gériatre répondant. Les analyses médico-économiques du rapport coût-efficacité sont en faveur de la hotline gériatrique. Ces résultats sont cependant peu robustes et très dépendants des disparités observées entre les centres (données non présentées).

La Hotline permet aussi de rassurer les médecins généralistes dans leur prise de décision. Dans une étude précédente de notre équipe portant sur la satisfaction des utilisateurs (les médecins de ville) nous avons montré que les médecins généralistes ayant utilisé la hotline gériatrique étaient en très grande majorité satisfaits et que les solutions apportées répondaient à leurs attentes [13].

Quatrième résultat notable de notre étude, la Hotline favorise le maintien à domicile. En effet, dans plus de 70 % de cas, les échanges entre les gériatres et les médecins de villes se sont soldés par des conseils qui se sont traduits par le maintien à domicile. La hotline favorise donc le maintien à domicile tout en préservant une prise en charge de qualité.

Selon les gériatres interrogés, l'efficacité de ce dispositif n'est plus à démontrer dans l'activité de prise en charge des patients âgés. Certains gériatres pensent même qu'elle est devenue indispensable, incontournable dans l'orientation efficiente des patients (au bon endroit et au bon moment) mais aussi dans l'anticipation des hospitalisations. Ainsi, selon l'un des gériatres interrogés, les « hotlines ont réussi à faire tomber les barrières entre la médecine de ville et l'hôpital pour faire en sorte que les adultes âgés bénéficient d'un soin coordonné ».

Un autre résultat majeur de notre étude vient de la capacité des Hotlines à s'adapter et à apporter des solutions à des crises sanitaires de type COVID 19. Dans une étude récente de notre équipe [14], nous avons décrit l'innovation organisationnelle mise en place sur le territoire stéphanois pour apporter une solution à la crise de COVID 19. En effet, au sommet de la pandémie de COVID 19, plusieurs « hotlines gériatriques » ont été transformées en Hotlines COVID 19. De nouvelles ont été créées dans les territoires où il n'y en avait pas. Ainsi, en un temps record, plus de 200 Hotlines COVID ont été ouvertes en France [15].

L'étude présente donc plusieurs points forts. Il s'agit d'une étude multicentrique couvrant un large échantillon de patients. La diversité des centres d'investigations participants (répartis dans trois régions différentes) et de leurs populations permettent d'étudier l'impact de l'environnement sur les hotlines. En analysant centre par centre (données non présentées), nous avons eu la capacité de décrire chaque site, avec les différentes réponses qu'il offre.

Ce travail doit cependant être pris avec précaution. Les parcours sont très dépendants des filières gériatriques sur le territoire. Cet article présente les résultats globaux bien que l'on retrouve quelques tableaux descriptifs de certains indicateurs par site. D'autres informations sur l'environnement des sites d'investigations sont nécessaires pour apprécier l'impact de la hotline sur un territoire. Une analyse fine par site pourrait apporter de plus grands éclaircissements. L'autre limite de ce travail provient de la méthode. Nous avons réalisé une étude avec deux questionnaires séparés (au moment de l'appel et pendant l'hospitalisation en CSG). Une étude de cohorte avec un suivi aurait permis d'obtenir des résultats d'une qualité encore meilleure. L'autre limite que l'on peut citer concerne la collecte des données. En dépit de la stratégie de suivi et d'accompagnement mise en place pour maintenir la dynamique dans la collecte et le suivi des données, certains centres nous ont paru en difficulté. Cependant, malgré les limites énoncées plus haut, nos résultats sont conformes à la littérature et, par conséquent, présentent un grand intérêt.

IV.6/ Conclusion

Cette étude évalue le dispositif « hotlines gériatriques ». Que cette évaluation repose sur les analyses des parcours, sur la satisfaction des utilisateurs, ou sur les aspects médico-économiques, nos résultats suggèrent que la création d'une hotline gériatrique ville-hôpital est un parcours efficient. Les adaptations de ces dispositifs pendant la période de crise de COVID 19 ont montré un autre intérêt, inattendu, de ces dispositifs. Nos travaux plaident, par conséquent, pour une pérennisation de ces dispositifs. Ils sont en accord avec une des mesures du « Ségur de la santé », qui propose de multiplier les hotlines gériatriques, ce qui permettrait d'améliorer les réponses de

soins aux adultes âgés. Cependant, bien qu'il existe une tentation d'harmonisation des pratiques, nos travaux montrent que les Hotlines sont très dépendantes du territoire. Les organisations sont très différentes d'un territoire à un autre. L'annexe 1 présente le fonctionnement de la hotline du CHU de Saint-Étienne.

Pour une optimisation de ce dispositif, quelques pistes d'amélioration peuvent être envisagées :

- ▀ un élargissement des plages horaires d'ouverture;
- ▀ une augmentation du nombre de lits dédiés pour réduire le temps d'attente en cas de nécessité d'hospitalisation directe;
- ▀ une coordination et un suivi impliquant plusieurs acteurs (une sorte de parcours intégré) avec une intervention de type IMP (intervention multifactorielle personnalisée).

Bibliographie

- [1] **Fouquet A, Tregoaat JJ, Sitruk P**, Rapport IGAS L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge : Inspection générale des affaires sociales, 2011.
- [2] **Salisbury C, Johnson L, Purdy S, Valderas JM, Montgomery AA**. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care : a retrospective cohort study. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. janv 2011 ; 61(582):e12-21.
- [3] **Le Pape A, Sermet C**. La polypathologie des personnes âgées, quelle prise en charge à domicile ? CreDES. 1997 ; n° 1182.
- [4] **Vedel I, De Stampa M, Bergman H, Ankri J, Cassou B, Blanchard F, et al**. Health-care professionals and managers' participation in developing an intervention : a pre-intervention study in the elderly care context. Implementation science : IS. 2009 ; 4:21.
- [5] **Wargon M, Coffre T, Hoang P**. Durée d'attente des personnes âgées aux urgences et dans l'unité d'hospitalisation des urgences. Journal Européen des Urgences - Vol. 17 - N° HS 1 - p. 118-120. 7 mars 2008.
- [6] **Neouze A, Dechartres A, Legrain S, Raynaud-Simon A, Gaubert-Dahan M-L, Bonnet-Zamponi D**. Hospitalization of elderly in an acute-care geriatric department. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. juin 2012 ; 10(2):14350.
- [7] **Celarier T, Bailly R, Gonthier R, Ehret B, Devun A**. réduction du nombre de passage aux urgences des personnes âgées de 75 ans et plus grâce à la mise en place d'une hotline. L'année gériatrique. 2014.
- [8] **HCAAM**. Assurance maladie et perte d'autonomie. Haut Conseil Pour L'avenir L'assurance Maladie. 23 juin 2011 ; Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance de s personnes âgées.
- [9] **Salles N, Diallo L, Videau M, Floccia M, Rainfray M**. Does a hotline for general practitioners improve the care of older frail patients? A pilot study. European Geriatric Medicine.4 :S171-S2.
- [10] **Martinez L, Lacour N, Gonthier R, Bonnefoy M, Goethals L, Annweiler C, Salles N, Jomard N, Bohatier J, Tardy M, Ojardias E, Jugand R, Bongué B, Celarier T**. Impact of Geriatric Hotlines on Health Care Pathways and Health Status in Patients Aged 75 Years and Older : Protocol for a French Multicenter Observational Study. JMIR Res Protoc. 2020 Feb 13 ; 9(2):e15423.
- [11] **Chomette B, Annweiler C, Dupré C, Bongue B, Goethals L, Lafaie L, Martinez L, Célarier T**. Étude prospective multicentrique décrivant le parcours de soins d'une population gériatrique hospitalisée en court séjour via une hotline gériatrique. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2022 Dec 1 ; 20(4):429-438.
- [12] **Florence Benoist, Géraldine Martin-Gaujard, Marc Bonnefoy**. Étude d'un outil favorisant le lien ville-hôpital : la hotline gériatrique du Groupement Hospitalier Centre, sur une durée de 6 mois. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement. 2021 ; 19(1):62-69.
- [13] **Chaussinand M, Lafaie L, Goethals L, Bongue B, Celarier T**. La hot line gériatrique, enquête auprès des médecins généralistes du bassin stéphanois]. Soins Gerontol. 2021 May-Jun ; 26(149):40-45.
- [14] **Barth N, Gouttefarde P, Lafaie L, Vignon S, Goethals L, Bongué B, Celarier T**. Follow-up of resident's in nursing home after intervention of a geriatric mobile team : Longitudinal study at 1 year after the start of the COVID-19 pandemic. J Am Geriatr Soc. 2022 Mar ; 70(3):680-682.
- [15] <https://sfgg.org/actualites/carte-de-france-des-hotlines-geriatriques-covid-19-deployees-en-france>.

ANNEXE 1 : FONCTIONNEMENT D'UNE HOTLINE GÉRIATRIQUE : EXEMPLE DU CHU DE SAINT-ÉTIENNE

Son organisation

La ligne téléphonique est ouverte du lundi au vendredi de 9h à 18h. Elle est destinée exclusivement aux médecins généralistes, SOS Médecins ou coordonnateurs d'EHPAD du bassin stéphanois. Ceux-ci ont été informés de l'ouverture de la Hotline et des modalités par mail, fax, téléphone ou courriers postaux (notamment lors de l'envoi des lettres de sortie d'hospitalisation).

Ce numéro unique permet un accès direct à un médecin gériatre senior du service. Cette hotline a pour but de donner un avis sur une problématique gériatrique à laquelle le médecin généraliste ou coordonnateur est confronté : conseil thérapeutique, demande de consultation, demande d'hospitalisation immédiate ou différée, aide à l'orientation. Les réponses apportées peuvent être un conseil gériatrique évitant un recours à un spécialiste, une consultation rapide ou une hospitalisation dans des délais variables selon le degré d'urgence. Pour ce faire, des lits sont réservés pour répondre aux indications d'hospitalisation jusqu'à 13h dans le service (en priorité dans l'unité du médecin senior qui a pris l'appel). Il est spécifié qu'elle n'a pas vocation à résoudre les demandes de placement ou de prise en charge des troubles psycho-comportementaux qui sont gérés par une autre filière.

Son utilisation

Huit médecins seniors répartis dans quatre unités de court séjour et SSR de 26 lits assurent à tour de rôle l'astreinte. Après une montée en charge progressive des appels à son ouverture en mars 2013, leur nombre se stabilise entre 1200 et 1400. Selon l'opérateur téléphonique ORANGE, la durée moyenne des appels est de 4,30 minutes.

ANNEXE 2 : ANALYSES MÉDICO-ÉCONOMIQUES

L'analyse médico-économique apporte de l'information sur l'innovation en termes d'efficience allocative des dépenses en pratique courante après que l'innovation a été cliniquement validée. Dans notre cas, nous avons réalisé une analyse coût-efficacité en perspective sociétale. Elle a calculé les coûts du dispositif de Hotline pour un fonctionnement de 5 jours et demi par semaine (du lundi au samedi matin inclus avec rémunération du temps du praticien basée sur le salaire d'un praticien hospitalier. Elle a également pris en considération des coûts évités du fait de la mise en place de la hotline, qui correspondent à tous les appels pour lesquels un passage aux urgences ou une hospitalisation ont été évités et pour tous les appels pour conseils qui ont permis

une hospitalisation précoce programmée et éviter un retard de prise en charge des patients. Le critère d'efficacité était la pertinence des soins, à savoir le bon soin pour le bon patient au bon moment, apportée par l'avis gériatrique et qui correspond aux discordances entre le motif de l'appel et la décision du gériatre (appel pour conseil et décision d'hospitalisation ou appel pour hospitalisation et décision de conseil).

Le calcul des coûts intègre les éléments suivants : le nombre de jour par an de fonctionnement de la hotline de 287 jours ce qui correspond à 1,3 équivalent-temps-plein d'un praticien hospitalier, le coût complet de rémunération annuelle d'un praticien hospitalier évalué à 120 000 €, le coût d'un passage aux urgences estimé à 295 €, le coût d'une journée d'hospitalisation en médecine gériatrique de 500 € à 750 € et une durée moyenne de séjour des patients comprise entre 11 et 17 jours. La durée moyenne de l'appel a permis d'évaluer un nombre maximum d'appels quotidiens.

Tableau 1 : Analyse de sensibilité multivariée par scénario : scénario du pire et scénario du meilleur

Coût journée d'hospitalisation gériatrie	500,00 €	750,00 €
Coût total scénario pire¹	- 692 000,00 €	- 1 076 500,00 €
Coût total scénario meilleur²	- 3 074 000,00 €	- 4 649 500,00 €

Tableau 2 : Profil des utilisateurs des hotlines

	Total		Angers		Bordeaux		Clermont-Ferrand		Firminy		Lyon Sud		Saint-Chamond		Saint-Étienne	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Effectif	4 611	100,0	917	19,9	963	20,9	665	14,4	244	5,3	551	11,9	147	3,2	1 124	24,4
Auteur de l'appel :																
Médecin généraliste	3 540	76,8	484	52,8	831	86,3	506	76,1	225	92,2	407	73,9	129	87,8	958	85,2
Médecin d'un autre service	463	10,0	288	31,4	44	4,6	54	8,1	3	1,2	40	7,3	8	5,4	26	2,3
Autre	608	13,2	145	15,8	88	9,1	105	15,8	16	6,6	104	18,9	10	6,8	140	12,5
Médecin répondeur de la hotline :																
CCA/assistant/DECS	1 257	28,5	375	38,7	189	21,3	79	12,5	40	16,7	120	22,7	0	0,0	454	40,8
PH	3 139	71,2	476	49,2	700	78,7	553	87,5	199	83,3	409	77,3	143	100,0	659	59,2

¹ Scénario du pire : coûts évités minimum et coûts déclenchés maximum pour deux coûts différents de journée d'hospitalisation en gériatrie

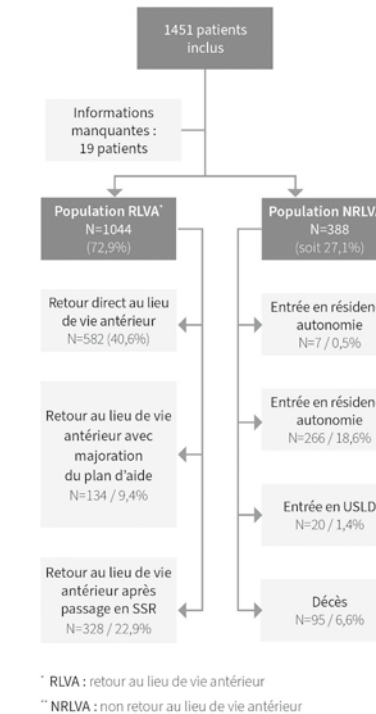
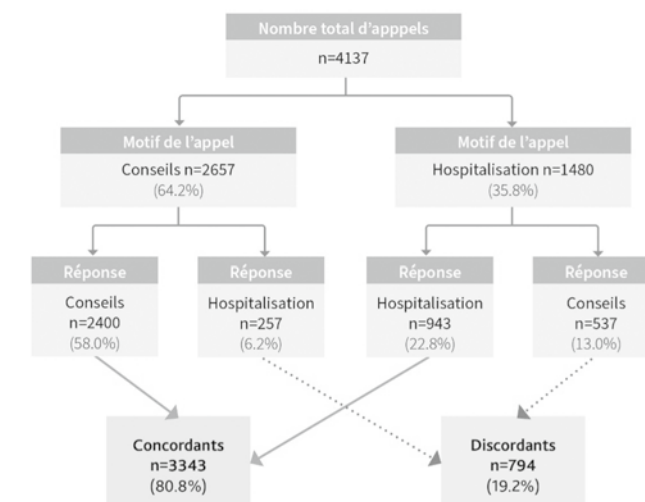
² Scénario du meilleur : coûts évités maximum et coûts déclenchés minimum pour deux coûts différents de journée d'hospitalisation en gériatrie

Tableau 3 : comparaison des appels et des réponses par centre

	Total	Appel pour conseils	Appel pour hospitalisation	Concordance*	Discordance**	% PH répondeur	% Médecin généraliste appelant
	n	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Angers	798	507 (63,5)	291 (36,5)	625 (78,3)	173 (21,7)	55,2	52,5
Bordeaux	704	508 (72,2)	196 (27,8)	547 (77,7)	157 (22,3)	75,5	86,2
Clermont-Ferrand	628	387 (61,6)	241 (38,4)	565 (90,0)	63 (10,0)	87,8	75,5
Firminy	238	167 (70,2)	71 (29,8)	206 (86,6)	32 (13,4)	83,4	93,3
Lyon Sud	523	290 (55,4)	233 (44,6)	401 (76,7)	122 (23,3)	77,9	74,8
Saint-Chamond	144	86 (59,7)	58 (40,3)	121 (84,0)	23 (16,0)	100,0	88,9
Saint-Étienne	1 102	712 (64,6)	390 (35,4)	878 (79,7)	224 (20,3)	59,1	85,4
Total	4 137	2 657 (64,2)	1 480 (35,8)	3 343 (80,8)	794 (19,2)	70,7	76,9

Tableau 4 : Concordances et discordances entre les motifs d'appels et les réponses apportées

		n	%
Concordants	Conseils et pas urgence	2 400	58,0
	Hospi et urgence	943	22,8
Discordants	Conseils et urgence	257	6,2
	Hospi et pas urgence	537	13,0
Total		4 137	100,0

Figure 1 : Parcours des patients hospitalisés en court séjour gériatrique à la suite d'une orientation d'une hotline**Figure 2 : Analyses de concordances et de discordances entre les motifs d'appels et les réponses apportées**

PARTIE C : QUELS ACTEURS DE LA PRÉVENTION ?



Prévention et action sociale des organismes de sécurité sociale

Par **Frédérique Garlaud**, directrice de la Direction nationale de l'action sociale



Frédérique GARLAUD, diplômée en droit social de l'Université de Paris II, a d'abord travaillé au sein de différentes collectivités locales sur des fonctions de directrice adjointe de cabinet puis de Secrétaire générale adjointe tout en étant également attachée parlementaire à l'Assemblée nationale, avant d'intégrer la Cnav en 2009. Pendant 8 ans, elle a occupé les fonctions de Secrétaire générale des instances puis de Directrice des relations institutionnelles jusqu'en en juin 2017 date à laquelle elle a pris la tête de la Direction nationale de l'action sociale.

Dans leur rapport de mai 2021 consacré à l'évaluation territoriale de l'action sociale des organismes de sécurité sociale, D. Giorgi, C. Itier et C. Lannelongue, membres de l'IGAS, mettent en évidence l'utilité et la légitimité de l'action sociale des organismes de Sécurité sociale. Ils relèvent que ces politiques extra-légales répondent à des besoins souvent mal couverts et apportent une ingénierie et une technicité spécifiques. Selon ce même rapport, ces interventions ont permis des progrès sensibles au cours des dix dernières années dans le domaine de la prévention de la perte d'autonomie et sur le champ enfance-famille. Elles sont autant de leviers importants de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté sur ces deux axes. Enfin, ce rapport souligne que pour les années à venir les marges d'amélioration résideront essentiellement dans l'articulation à approfondir avec les autres interventions sociales dans les territoires, qu'elles relèvent de compétences décentralisées, d'initiatives associatives ou de la déclinaison de réformes nationales afin de proposer une coopération territoriale multi-partenariale renforcée, parallèlement à un plus grand partage de l'information entre acteurs de l'action sociale.

Si ce rapport couvre le périmètre de toute l'action sociale des organismes de Sécurité sociale, il met en lumière que le domaine de la prévention de la perte d'autonomie liée à l'avancée en âge est caractérisé par une forte structuration de l'action mise en

œuvre, une organisation en inter régimes retraite, et une articulation au niveau départemental en progrès, bien que récente, entre financeurs compétents.

Fort de ce propos introductif, la suite de l'article a pour objet de présenter ce que couvre aujourd'hui précisément la politique de prévention de l'inter-régimes action sociale retraite et plus spécifiquement encore, en quoi consiste l'action sociale de la Cnav et de son réseau de caisses régionales au titre de l'Assurance retraite.

I- PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE ET POLITIQUE D'ACTION SOCIALE DES RÉGIMES DE RETRAITE

L'action sociale de l'Assurance retraite vise à accompagner la retraite, prévenir les effets du vieillissement et réduire les fragilités sociales à domicile pour répondre au souhait de l'immense majorité des assurés sociaux de pouvoir vieillir dans le « chez soi » de leur choix.

Le contexte dans lequel cette politique se déploie est aujourd'hui inédit. Les personnes âgées de 60 ans et plus représentent une part de plus en plus importante de la population française ; au nombre de 15 millions aujourd'hui, elles seront 20 millions en 2030, soit le tiers de la population.

Dans les cinq prochaines années, et plus précisément entre fin 2022 et fin 2027, le vieillissement démographique va se traduire, en France, par une augmentation de plus de 20 % du nombre de retraités âgés de 75 à 90 ans.

En anticipation de cette transition démographique, les régimes de retraite de base de la Sécurité sociale ont, sous l'impulsion de leur conseil d'administration, fait le choix au moment de la création de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) de réorienter leur budget d'action sociale et de définir une politique inter-régimes de prévention des effets du vieillissement. Au travers de cette politique, les régimes de retraite de la Sécurité sociale entendent promouvoir un vieillissement actif en santé des retraités, leur autonomie et inclusion sociale. L'objectif est de couvrir les différentes étapes de l'avancée en âge (de la retraite jusqu'aux premières fragilités à domicile) et de lutter contre l'isolement social afin d'améliorer l'espérance de vie sans incapacité et d'éviter ou retarder la perte d'autonomie, processus réversible s'il est détecté à temps.

Universelle dans son principe, l'action sociale retraite est en pratique prioritairement mobilisée vers les retraités les plus modestes et/ou socialement les plus fragilisés pour corriger les effets des inégalités sociales et favoriser ainsi leur libre choix.

I.1/ Une politique de prévention de la perte d'autonomie au plus près des territoires et des besoins

Pour mettre en œuvre sa politique de prévention sur le territoire, la Cnav conçoit une ingénierie de prévention sociale et s'appuie sur son réseau de caisses régionales (Carsat – Caisse d'assurance retraite et de santé au travail – et CGSS – Caisse générale de sécurité sociale – dans les DOM ainsi que la Caisse de sécurité sociale de Mayotte) pour la décliner de manière territorialisée dans un cadre multi-partenarial.

Afin de mieux répondre aux besoins des personnes âgées et des territoires, l'Assurance retraite veille à agir de manière proactive, dès l'émergence des premières fragilités liées à l'âge. Elle peut capitaliser notamment sur la relation de confiance nouée avec l'assuré dans le cadre de sa retraite pour l'informer et le conseiller en amont et prévenir ainsi certaines difficultés et fragilités liées à l'avancée en âge.

Pour aller vers les personnes âgées socialement fragiles, l'Assurance retraite dispose des données qu'elle collecte dans le suivi de la carrière de ses assurés sociaux et le calcul puis le versement des pensions de retraite, au titre des droits directs (droits propres) comme indirects (pensions de réversion). Elle s'appuie également sur les observatoires régionaux des situations de fragilité de la Sécurité sociale pour développer une approche géographique territorialisée de la prévention. Ces observatoires sont des outils statistiques qui permettent, via le croisement de données maladie et vieillesse, d'identifier et cartographier les territoires les plus fragiles face au vieillissement, d'orienter les publics concernés vers des dispositifs favorisant la préservation de leur autonomie et de prioriser ou programmer des démarches attentionnées visant à « aller vers », particulièrement dans des zones blanches.

Pour repérer les risques de fragilité, les bases de données de l'Assurance Maladie, de l'Assurance Retraite du Régime Général et de la Mutualité Sociale Agricole comportent en effet de nombreux marqueurs. On y trouve notamment les situations de précarité financière et d'isolement (montant de la retraite, veuvage, ...), les conditions d'accès aux soins (présence ou non d'un médecin traitant, absence de consommation de soins...), l'ouverture des droits (minimum vieillesse, complémentaire santé, ...).

Les données par territoire (communes, cantons, EPCI...) sont, depuis le 1^{er} février 2023, consultables par toutes et tous directement via des cartographies nationales : www.observatoires-fragilites-national.fr. Cette évolution répond également à un enjeu d'interopérabilité avec les autres observatoires des principales institutions publiques tels que l'Observatoire des Territoires ou encore celui de l'INSEE.

En complément, la Cnav et son réseau de caisses régionales développent de nombreux partenariats avec les différents acteurs implantés dans les territoires et intervenant dans le champ de l'âge :

- Autres acteurs de la Sécurité sociale et protection sociale
- Collectivités locales (conseils départementaux, communes – CCAS, ...)
- Grands réseaux associatifs (fédérations des services d'aide à domicile, travailleurs sociaux, centres sociaux, Petits Frères des pauvres, Restos du cœur, bailleurs sociaux...)

I.2/ Une politique de prévention inter-régimes « Pour bien vieillir » et prévenir les effets du vieillissement

Afin de proposer une offre de prévention et d'accompagnement de la vie à la retraite convergente, les différents régimes de retraite de base ont décidé d'inscrire leur politique d'action sociale dans une approche inter-régimes intégrée. Leur union s'est traduite par la définition d'une politique commune « Pour bien vieillir, ensemble les caisses de retraite s'engagent ». Cette dynamique a été consacrée par la loi d'adaptation de la Société au vieillissement dans son article 6, qui a créé un nouvel article

L 115-9 du code de la Sécurité sociale. Cet article dispose que « La Cnav, la CCMSA, la CNRACL concluent avec l'État une convention pluriannuelle fixant les principes et les objectifs d'une politique coordonnée d'action sociale en vue de la préservation de l'autonomie des personnes âgées, dans le respect des conventions d'objectifs et de gestion que ces organismes signent avec l'État. Cette convention pluriannuelle peut également, à leur demande, être signée par les autres organismes nationaux chargés de la gestion d'un régime de retraite obligatoire de base et par les organismes nationaux chargés de la gestion des régimes complémentaires légalement obligatoires d'assurance retraite. »

Dans ce cadre et en application de l'article L.115-9 du code de la sécurité sociale, l'État, la Cnav, la MSA, la CNRACL et désormais l'Agirc-Arrco ont signé le 7 février 2022 une nouvelle convention dont l'ambition est de conforter et élargir la coordination inter-régimes des politiques d'action sociale au travers d'une approche globale de la prévention de la perte d'autonomie.

L'Assurance retraite gère par ailleurs l'action sociale des retraités travailleurs indépendants (conséquence de la disparition du RSI) depuis le 1^{er} janvier 2020, assurés qui relèvent dorénavant du régime général.

Depuis 2012, l'Assurance retraite gère en outre, pour le compte du ministère de la fonction publique, l'action sociale des retraités de la fonction publique d'État. Dans ce cadre, les aides attribuées aux retraités de la fonction publique d'État sont strictement identiques à celles des retraités du régime général.

Cette approche commune et tous publics des retraités représente une force mais traduit surtout une exigence : celle de pouvoir proposer un accompagnement identique de la prévention des effets du vieillissement à tous les retraités.

En pratique, la politique du bien vieillir et de prévention des caisses de retraite s'articule autour de trois grands axes d'intervention complémentaires :

- 1. Informer, sensibiliser et promouvoir un vieillissement actif en santé dès le passage à la retraite;
- 2. Agir pour prévenir les fragilités liées au vieillissement au travers de programmes de prévention et d'actions de maintien du lien social;
- 3. Accompagner à domicile les retraités qui rencontrent de premières difficultés au quotidien dans leur autonomie à domicile.

II- UNE OFFRE DE SERVICES REPOSANT SUR DES ACTIONS COLLECTIVES ET DES ACCOMPAGNEMENTS INDIVIDUELS

Sur chacun de ces trois axes, les caisses nationales des régimes de retraite de base s'attachent à élaborer une ingénierie de prévention en direction des assurés sociaux d'une part mais aussi en direction des professionnels du champ médico-social et social qui réalisent ces interventions d'autre part. Cette ingénierie permet aux réseaux des caisses de retraite et de leurs structures inter-régimes de déployer ensuite des offres de services de manière territorialisée avec leurs partenaires tout en garantissant égalité de traitement et un même niveau de qualité de services.

II.1/ Des actions collectives pour prévenir les fragilités et soutenir la participation sociale

S'agissant des deux premiers axes ou niveaux d'intervention, ceux-ci reposent essentiellement sur une approche collective.

Ainsi, l'information et la sensibilisation des retraités reposent essentiellement sur la promotion de messages universels de prévention élaborés à dire d'experts. Ces messages ont notamment été travaillés avec l'appui de Santé Publique France dans une approche globale et positive de la prévention. Ils sont accessibles sur un portail national inter-régimes pourbienvieillir.fr et au travers de brochures mises à disposition dans les lieux d'accueil du public seniors (agences de retraite, CCAS, Maisons France Services...).

Ces messages couvrent :

- La prévention relative aux comportements et modes de vie – *Habitudes de vie*
- La prévention de l'isolement, solitude et de la précarité – *Conditions de vie*
- La prévention touchant l'environnement immédiat : un domicile équipé et adapté – *Lieu de vie*

Le déploiement des ateliers de prévention et des actions collectives de maintien du lien social relève, quant à lui, d'une programmation de proximité coordonnée sous la responsabilité des caisses et des structures inter-régimes. Dans ce cadre, ces ateliers s'organisent avec les acteurs et opérateurs locaux. Cette approche collective de la prévention s'appuie sur des référentiels, cahiers des charges nationaux construits là encore à dire d'experts sur les principales thématiques de l'avancée en âge (activité physique adaptée, nutrition, équilibre, mémoire et capacités cognitives, sommeil...). Ces référentiels nationaux inter-régimes sont disponibles sur l'espace professionnel du portail « Pour bien vieillir » (<https://www.pourbienvieillir.fr/espace-professionnels>). Ils ont été complétés en 2020 et 2022 de deux nouveaux référentiels. Le premier est consacré à l'autonomie numérique des retraités pour que la transition technologique puisse servir la transition démographique et la prévention. La crise sanitaire liée au Covid 19 a montré à quel point certains usages du numérique pouvaient servir la prévention en permettant aux plus âgés confinés de rester en contact avec leurs proches, d'accéder à des services du quotidien et à des loisirs ou à des activités culturelles et de bien-être. Le second référentiel traduit l'ambition des caisses de retraite d'accompagner, dans le cadre de leur politique de prévention, le moment clé du passage à la retraite dans une logique de rendez-vous collectif afin de diffuser une culture de prévention encore trop faible.

Grâce à un service de géolocalisation des ateliers et actions de prévention (service « Trouver un atelier » sur le portail « pour bien vieillir » / <https://www.pourbienvieillir.fr/trouver-un-atelier>), les retraités, leur entourage et les professionnels peuvent facilement consulter l'offre programmée sur les territoires et contacter les organisateurs pour s'inscrire. Afin d'améliorer la qualité de service et simplifier les démarches, des travaux sont en cours pour permettre aux retraités de s'inscrire en ligne à ces ateliers. Cette nouvelle fonctionnalité devrait être disponible avant la fin de l'année 2023.

En 2021, 302 290 retraités ont ainsi participé à des actions collectives dont¹ :

- 186 813 retraités bénéficiaires d'un programme de prévention favorisant des comportements protecteurs : ateliers de prévention sur la nutrition, l'équilibre, la mémoire, l'activité physique adaptée, ...
- 111 198 retraités bénéficiaires d'actions collectives favorisant la socialisation et le maintien du lien social

Systématiquement, les caisses de retraite adoptent une démarche d'évaluation de la participation à ces actions afin de mesurer leur effet sur les comportements et habitudes de vie des bénéficiaires. Cette démarche repose sur une évaluation en trois temps et sur trois questionnaires administrés aux participants avant le démarrage de l'action, au terme du déploiement de l'action, puis 3 mois après.

Les principaux enseignements témoignent de l'utilité de ces actions puisque plus de 3 participants sur 4 déclarent avoir redécouvert certaines de leurs capacités et avoir, pour la moitié d'entre eux, changé certaines de leurs habitudes.

Depuis la création des conférences des financeurs, cadre de gouvernance territoriale créée par la loi d'adaptation de la Société au vieillissement, les caisses de retraite se sont attachées à mettre cette ingénierie à disposition des autres financeurs dans une approche de plus en plus coordonnée.

Pour autant, le double enjeu prioritaire pour les prochaines années sera de réussir avec des partenaires, et notamment la CNSA ainsi que les Conférences des financeurs, à définir un programme national prioritaire de prévention pour viser une plus grande massification et cibler l'ensemble des retraités en situation de précarité et de grande précarité.

Les dépenses en matière d'actions collectives de prévention sont, au niveau de la branche retraite du régime général, en hausse constante passant de 12,40 M€ en 2018 à plus de 18, 2 M€ en 2021. Cette tendance devrait se poursuivre sur la COG 2023-2027 au regard des perspectives démographiques et du souhait de développer l'atelier « Bienvenue à la retraite » pour diffuser une culture de prévention dès le passage à la retraite.

II.2/ Des accompagnements individuels pour réduire les fragilités et soutenir l'autonomie à domicile

Concernant le troisième axe de la politique « Pour bien vieillir », son périmètre d'action est centré sur la prévention et les GIR 5 & 6, mais il est inopérant sans évaluation individuelle et s'appuie sur un budget limitatif.

À la différence des deux premiers axes d'intervention, celui-ci s'inscrit dans une approche essentiellement individuelle et la construction progressive d'une doctrine adossée à la notion de fragilité sociale ainsi qu'à un repérage multi modal.

Ce repérage découle ainsi de trois approches complémentaires :

- Des moments identifiés comme « moments de rupture », comme le passage à la retraite, l'hospitalisation, la perte d'un proche ou l'entrée du conjoint en EHPAD...
- Un ciblage via l'utilisation des bases de données. Le développement d'une approche géographique et d'un indicateur composite de la fragilité sociale évoqué plus haut via les Observatoires des fragilités permettent ainsi le croisement de données.
- Le développement d'une approche individuelle

II.3/ Un service d'évaluation globale des besoins à domicile

Au terme de travaux conduits avec un comité d'experts pluridisciplinaire, le gérontopôle de Bourgogne Franche-Comté et l'ensemble de ses partenaires, les régimes de retraite de base se sont, en premier lieu, dotés d'un outil multidimensionnel pour l'évaluation des besoins à domicile, la grille FRAGIRE, intégrée dans le support inter-régimes d'évaluation des besoins. Cet outil, qui permet de « scorer » le degré de fragilité, est déployé par l'Assurance retraite depuis 2018 sur l'ensemble du territoire. En 2021, plus de 244 000 évaluations ont ainsi été réalisées sur le territoire avec un principe de totale gratuité du service d'évaluation pour les personnes concernées.



La grille FRAGIRE complète la grille AGGIR, centrée sur la seule évaluation du GIR et dont le principal objet est de définir l'éligibilité ou non à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), aide légale servie par les conseils départementaux aux personnes en Gir 1 à 4. Elle vise à identifier parmi les retraités non dépendants (Gir 5 et 6) les personnes à risques ainsi que leur niveau de fragilité. Son objectif est double : homogénéiser les pratiques des services d'évaluation mais surtout proposer grâce à un plan d'aides un accompagnement global et personnalisé aux retraités les plus fragilisés à domicile afin de consolider leurs capacités et prévenir, ou retarder, leur perte d'autonomie.

II.4/ Une nouvelle génération de plan d'aides pour accompagner le virage du domicile

Dans le prolongement du déploiement de la grille FRAGIRE, le réseau des caisses de l'Assurance retraite ont expérimenté de nouveaux plans d'aides au travers de paniers de services qui ont permis de définir une nouvelle génération de plans d'aides OSCAR (offre de services coordonnée pour l'accompagnement de ma retraite).

¹ Les données 2021 sur les actions collectives de prévention sont en cours de consolidation. Quant à l'année 2020, elle est très spécifique en raison de la crise sanitaire qui a contraint l'Assurance retraite à suspendre les actions collectives sur plusieurs mois.

En cours de déploiement depuis juillet 2021, cette nouvelle génération de plans d'aides repose sur une logique de bouquets de services autour de prestations disposant de budgets dédiés afin de faciliter le « virage domiciliaire » souhaité par les retraités.

Cette nouvelle génération de plan d'aides :

- Propose une réponse élargie, avec une complémentarité des aides individuelles et collectives
- Permet une modularité de l'offre centrée sur les besoins et leviers de motivation de chaque retraité, notamment dans l'attribution de prestations forfaitaires de prévention sans reste à charge et tenant compte de l'offre locale.
- S'appuie sur une démarche globale visant la hausse de la qualité de services et une meilleure articulation de tous les partenaires autour des retraités.



Cette offre marque aussi la reconnaissance des intervenants à domicile, dans leur rôle de coordination de tous les partenaires autour du retraité, contribuant à la mise en œuvre des plans d'aides les plus diversifiés.



En 2021, l'Assurance retraite a attribué des aides individuelles à plus de 345 000 retraités du régime général GIR 5 et-6 pour soutenir leur autonomie à domicile :

- 218 952 bénéficiaires d'un plan d'aides : intervention d'une aide à domicile, portage de repas, téléalarme, aide aux courses et assistance à la préparation des repas, sortie accompagnée, aides techniques, aide administrative...
- 65 514 bénéficiaires d'une Aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH) pour faciliter le retour à domicile, éviter les ré-hospitalisations et accompagner les SSR : intervention renforcée sur 3 mois (aide à domicile, portage de repas, aides techniques...)
- 8 193 bénéficiaires d'une Aide aux situations de rupture (ASIR) : aide renforcée sur 3 mois pour soutenir une personne âgée lors d'une situation de rupture (décès ou entrée en établissement du conjoint, déménagement...)
- 24 792 bénéficiaires d'une aide à l'adaptation de l'habitat permettant d'adapter le logement au vieillissement et ainsi faciliter le maintien à domicile (aides attribuées dans le parc privé et dans le parc social)

- 28 201 bénéficiaires d'un Kit prévention : forfait financier permettant l'achat et l'installation d'aides techniques facilitant le maintien à domicile (barre d'appui, siège de douche, rehausseur...).

L'Assurance retraite a par ailleurs développé de nombreuses initiatives durant les différentes périodes de confinement lié à la pandémie Covid-19. À titre d'exemple, le dispositif « Confinés mais pas isolés » a permis d'échanger au téléphone avec 60 000 retraités isolés sur la base d'un script adapté et donné lieu à un accompagnement ou une orientation pour près de 6 000 d'entre eux.

Concernant les conditions d'accès à ces accompagnements individuels, celles-ci sont actualisées chaque année par le Conseil d'administration de la Cnav, qui valide des paramètres financiers pour l'attribution des aides individuelles de l'Assurance retraite. Ces paramètres sont applicables sur l'ensemble du territoire. Ils sont diffusés par voie de circulaire nationale, qui fixe à la fois le montant des aides et les tarifs de rémunérations des professionnels du domicile qui interviennent pour :

- L'évaluation globale des besoins au domicile des demandeurs
- Les aides humaines à domicile
- Les aides pour l'adaptation des logements
- Les aides financières d'urgence (Secours précarité énergétique et secours financiers)

Ces paramètres financiers se traduisent aussi par la mise en place de barèmes nationaux progressifs afin de corriger significativement les inégalités sociales et de garantir aux retraités les plus modestes un accès très largement solvabilisé à ces différentes prestations et services.

À titre de repère, l'Assurance retraite a consacré en 2021 plus de 381 M€ à ces dépenses d'intervention.

Reposant sur des enveloppes fermées, le budget d'intervention en action sociale retraite ne permet pas la réalisation de campagnes de communication grand public car ces budgets sont limités et peuvent au mieux couvrir 3 % de la population âgée de 60 ans et plus. Pour rappel, d'après les premiers résultats connus de l'enquête CARE (Capacités, Aides et Ressources des seniors) ménages 2015 produits par la DREES en 2017, la France comptabiliserait 5 % de seniors de 60 ans et plus en Gir 5, c'est-à-dire concernés par une perte d'autonomie enclenchée.

Au regard de cette contrainte, la communication sur les services, les prestations et les aides de l'action sociale retraite est surtout ciblée en direction de partenaires, des métiers du domicile et des acteurs sociaux de proximité, implantés sur les territoires (services d'aides à domicile, travailleurs sociaux, CCAS, centres sociaux, Maisons France services, bailleurs sociaux, associations de lutte contre la pauvreté...), afin que ces derniers puissent orienter les retraités les plus modestes vers l'accompagnement le plus adapté.

Pour autant, dans un objectif d'accès au droit et de simplification des démarches des personnes âgées et de leurs aidants, la Cnav, la MSA et la CNSA ont créé un formulaire national de demande unique portant sur l'aide personnalisée d'autonomie (APA) gérés par les conseils départementaux et sur l'action sociale extra-légale des caisses de retraite pour les aides autonomie à domicile. Ce formulaire, mis à disposition depuis

juillet 2021, est déployé par près d'un tiers des départements et fait actuellement l'objet de travaux pour une « cerfatization » prochaine.

Parallèlement, la Cnav, en lien avec la CNSA et la MSA, a développé un « télé-service » qui permet de formuler une demande en ligne pour l'ensemble des aides dédiées à l'autonomie à domicile (APA et plans d'aide autonomie à domicile des caisses de retraite pour les retraités Gir 5 et 6 fragiles). Ce téléservice, point d'entrée unique, sera interfacé avec le futur Système d'information national APA et les systèmes d'information des principaux régimes de retraite de base.

Toujours dans le même souci d'accès au droit, y compris sur le champ des aides extra-légales, et afin d'éviter aux retraités de faire l'avance des frais, les aides financières individuelles délivrées par l'Assurance retraite fonctionnent en tiers payant, les services d'aide à domicile sont rémunérés directement par la branche retraite du régime général. En outre, le processus de facturation entre l'Assurance retraite et les services d'aide à domicile est entièrement dématérialisé via un portail spécifique de services orienté partenaires².

III- UNE POLITIQUE D'INVESTISSEMENT

III.1/ des investissements pour moderniser l'offre d'habitats alternatifs

Au-delà de l'ingénierie de prévention, l'action sociale retraite contribue aussi à préparer les offres de demain pour s'adapter aux transitions sociales et sociétales et répondre aux attentes des retraités. Ces attentes évoluent dans le temps et reflètent directement le niveau et mode de vie des différentes générations de seniors.

En pratique, cette contribution se traduit d'abord par une politique d'investissement en direction des habitats seniors. Souvent dénommés habitats alternatifs ou intermédiaires, ces habitats visent à proposer une alternative entre un vieillissement dans un logement ordinaire, parfois inadapté dans sa configuration et localisation, et une entrée en EHPAD.

Au niveau de l'Assurance retraite, cette politique se traduit par l'attribution de subventions et de prêts sans intérêt, au financement de la construction et de la rénovation des habitats alternatifs : Résidences autonomie, habitat inclusif, petites unités de vie, Marpa, foyers de travailleurs migrants... L'objectif est de favoriser le développement d'une offre alternative entre le domicile et les EHPAD garantissant une accessibilité financière aux retraités disposant de revenus modestes.

Ainsi et depuis 2014, la branche retraite du régime général pilote chaque année un Plan d'aide à l'investissement (PAI) afin de contribuer à la rénovation des Résidences autonomie (RA). Ce PAI est également alimenté par des fonds délégués par la CNSA ainsi que par des fonds du Ségur de la santé depuis 2021. Depuis 2014, plus de 30 000 logements dans des habitats seniors ont ainsi pu être modernisés.

En 2022, l'Assurance retraite s'est également vue déléguée par la CNSA une enveloppe de 15 millions d'euros afin de soutenir la création de 3 000 nouveaux

logements dans les territoires les moins bien dotés en résidence autonomie, via son réseau de caisses régionales en partenariat avec les conseils départementaux.

Dans cette même logique de libre choix, les caisses de retraite soutiennent également le développement de la cohabitation intergénérationnelle solidaire accompagnée en lien avec la branche famille, l'accueil familial ainsi que l'émergence de projets innovants. À titre d'exemple, la Carsat Normandie a, en partenariat avec les CAUE de la région, porté un appel à idées pour réfléchir aux habitats seniors de demain dans une démarche participative et éco-responsable.

III.2/ Des partenariats stratégiques pour construire « les réponses de demain »

L'action sociale retraite, en raison notamment de son caractère extra-légal, est enfin un formidable gisement d'expérimentations et d'innovations sociales.

À ce titre, l'Assurance retraite soutient la Silver économie et l'émergence de nouvelles solutions techniques, technologiques et servicielles en faveur du bien vieillir et d'un vieillissement actif en santé. Depuis février 2019, elle a créé l'accélérateur VIVA Lab (Valoriser l'innovation pour vivre autonome) avec la Banque des territoires du groupe Caisse des Dépôts, France Active et l'inter-régimes retraite afin de favoriser le développement de nouveaux services de prévention. Depuis le lancement de VIVA Lab, 32 solutions à fort impact social ont été accompagnées. La notoriété du dispositif sélectif est croissante et certaines de ces solutions sont aujourd'hui proposées par les Carsat dans leurs accompagnements. D'autres solutions complètent la liste des partenariats :

- Le projet CDIET (repérage des risques de dénutrition des personnes âgées) par la Carsat Midi-Pyrénées.
- Le projet MerciJulie (télé-ergothérapie) par la Carsat Bourgogne Franche-Comté.
- Le projet Exostim (programme d'entretien de la mémoire et des capacités intellectuelles) par la Carsat Sud-Est.
- Le projet ShareAmi (service intergénérationnel autour de la conversation et pratique de la langue française entre un retraité et un jeune) par la Carsat Normandie

Ces solutions ont permis d'apporter des réponses à des nouveaux besoins et/ou à des besoins mal couverts mais aussi permis la création de plus de 100 emplois en CDI quasi-exclusivement au bénéfice de jeunes actifs.

Autre illustration des démarches et expérimentations innovantes de l'action sociale retraite pour réussir la transition démographique, le partenariat noué en 2020 entre la Cnav, le Gérontopôle du CHU de Toulouse, centre collaborateur de l'OMS pour le déploiement du programme ICOPE et la fondation I2ML – Institut méditerranéen des métiers de la longévité adossé à l'Université de Nîmes autour d'un double projet :

- **Projet 1** : modéliser et préparer les conditions du déploiement d'une offre de prévention à destination prioritairement des jeunes retraités précaires – exonérés de CSG, s'appuyant sur une logique de « rendez-vous des droits

² <https://www.partenairesactionsociale.fr>

et de la prévention » et intégrant le programme ICOPE. Ces rendez-vous prévention seraient assurés par des structures évaluatrices mandatées par l'Assurance retraite.

- ▼ **Projet 2 :** modéliser l'implémentation de démarches de prévention (via la réalisation de l'évaluation 1 du programme ICOPE) au sein des pratiques professionnelles habituelles des aides à domicile et préparer les conditions du déploiement à grande échelle.

Ces projets ont été conduits selon la méthode dite de « design social », en associant étroitement à chaque étape les retraités cibles et les différents professionnels du domicile concernés. Après une phase de co-conception puis d'expérimentation sur des territoires déterminés par les Carsat Aquitaine et Midi Pyrénées avec des structures (services d'aide à domicile et évaluateurs) volontaires, l'Assurance retraite va en 2023 passer à l'échelle de trois départements d'Occitanie sur le projet 2 en partenariat avec les conseils départementaux du Lot, des Hautes-Pyrénées et du Gard. Les auxiliaires de vie et aides à domicile des services d'aides à domicile volontaires seront, dans ces trois départements, formées à la passation du step 1 du programme ICOPE et aux différents conseils de prévention associés aux capacités fonctionnelles. Elles pourront ensuite proposer dès la fin de l'année 2023, à tous les bénéficiaires de plans d'aides Gir 4, 5 et 6 qu'elles accompagnent, un nouveau service supplémentaire entièrement financé et consacré à la prévention.

Par le développement d'une ingénierie sociale dédiée au bien vieillir, des partenariats nombreux et une articulation toujours plus étroite avec les autres acteurs de l'âge sur les territoires, l'action sociale retraite entend témoigner de la capacité de la Sécurité sociale à répondre aux enjeux sociaux liés à la transition démographique, à corriger les effets des inégalités sociales par rapport au vieillissement et à apporter ainsi de la vie aux années plutôt que des années à la vie.

La tarification à l'expérience est-elle un instrument efficace d'incitation à la prévention ?

Par **Pascale Lengagne**, chercheuse, Ph.D. en économie, maîtresse de recherche à l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé).



Ses travaux portent sur les liens entre la santé et le marché travail.

Cette contribution s'inscrit dans le cadre du projet de recherche en cours JobSustain (Workpackage Reducing Workplace Accidents) qui bénéficie d'un financement de l'Agence Nationale de la Recherche (ANR-19-CE-0017-04).

Résumé

L'employeur peut développer dans l'entreprise des moyens de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, ainsi que des mesures de maintien dans l'emploi des salariés accidentés. L'enjeu d'une tarification incitative est d'activer ces marges d'intervention. Cet article présente une synthèse de connaissances sur les effets incitatifs de la tarification à l'expérience sur la mise en œuvre de mesures de prévention par les entreprises.

I- INTRODUCTION

La tarification à l'expérience est un instrument d'incitation économique dont le principe est similaire à celui d'une taxe pollueur-payeur dans le domaine de l'environnement. Cette taxe vise à accroître l'internalisation par les entreprises des coûts sociaux engendrés par l'activité de production entraînant des effets nuisibles sur l'environnement ou la santé des populations. L'objectif est d'inciter les firmes à adopter des comportements socialement efficaces. L'évolution des accidents du travail et maladies professionnelles au cours des dix dernières années indique une stagnation de leur nombre et de leur gravité, une augmentation dans les services et l'émergence de nouvelles pathologies liées au travail. L'employeur peut développer dans l'entreprise des moyens de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, ainsi que des mesures de maintien dans l'emploi des salariés accidentés.

L'enjeu d'une tarification incitative est d'activer ces marges d'intervention. Les cotisations payées par les entreprises sont modulées en fonction des résultats passés de l'entreprise en termes de dépenses de prestations (incluant les frais de santé, les indemnités d'incapacité temporaire et permanente versées au titre des accidents du travail et maladies professionnelles). Une entreprise dont les dépenses de prestations sont élevées paie une cotisation plus élevée qu'une entreprise ayant au contraire des dépenses faibles. Cette tarification vise à encourager les comportements vertueux favorables à la santé et la sécurité des salariés. Plusieurs travaux de recherche ont étudié ce mode de tarification afin d'en comprendre et d'en évaluer les effets.

Ce mode de tarification a été mis en œuvre dans d'autres domaines de la protection sociale. Un cas d'application est celui de la tarification à l'expérience dans l'assurance chômage aux États-Unis. D'autres contextes concernent les arrêts de travail pour maladie, l'invalidité relevant des atteintes à la santé non restreintes aux atteintes d'origine professionnelle, et la retraite. Dans tous les cas, ce mode de tarification a pour principal objectif de réduire les flux d'entrée – réduire le flux des salariés vers le chômage, vers l'invalidité, inciter au recul de l'âge de passage à la retraite, réduire la fréquence et la durée des arrêts de travail pour maladie — par le levier de l'incitation de l'employeur. De plus, la question de l'application de ce mode de tarification est posée dans le cadre de projets ou de propositions de réforme de l'assurance chômage et de l'assurance invalidité (Autor, 2011). Il y a un enjeu important à évaluer ces systèmes et à étudier les spécificités qui sont propres à chaque domaine de risque. La question est de savoir si cet instrument est un moyen efficace de responsabilisation des employeurs.

Cet article présente une synthèse de connaissances sur cette question en se focalisant sur l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles. L'article présente tout d'abord les caractéristiques de ce mode de tarification en France et des premiers éléments d'analyse (Section II). Puis il expose une synthèse de la littérature sur la question de l'efficacité des systèmes de tarification à l'expérience (Section III). L'article présente ensuite des éléments de conclusion (Section IV).

II- ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES, ASSURANCE ET TARIFICATION À L'EXPÉRIENCE EN FRANCE

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, les travailleurs perçoivent des prestations de sécurité sociale (indemnités d'incapacité temporaire et permanente et couverture des frais de soins).¹ Pour les salariés affiliés au régime général (soit plus de 19,6 millions de salariés, essentiellement dans le secteur privé, hors secteur agricole), le montant total des prestations de sécurité sociale versées au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles s'élevaient à 8,7 milliards d'euros en 2019. Ce montant est composé pour moitié de prestations d'incapacité permanente, l'autre moitié étant composée d'indemnités journalières –

¹ Les salariés du secteur privé relèvent du régime général de l'assurance maladie. Les travailleurs indépendants sont indemnisés en cas d'accident du travail, de trajet ou de maladie professionnelle, selon les mêmes règles que celles qui prévalent pour la maladie ordinaire ; notons que les travailleurs indépendants ont la possibilité de souscrire une assurance complémentaire contre ce risque auprès de leur caisse d'assurance maladie. Les agents de la fonction publique, en cas d'invalidité temporaire imputable au service, perçoivent un maintien de rémunération par leur employeur.

40 % – et de prestations de soins – 10 %. L'assurance maladie comptabilise plus de 800 000 sinistres ayant entraîné un arrêt de travail d'au moins un jour ou une incapacité permanente en 2019 – dont 655 715 accidents du travail, 98 899 accidents du trajet et 50 392 maladies professionnelles.²

Le financement repose sur des cotisations sociales dues par les entreprises. La tarification à l'expérience est appliquée aux entreprises de plus de 20 salariés. Pour ces entreprises, le degré d'individualisation appliqué varie en fonction de sa taille : ce taux est croissant et compris entre 0 % et 100 % pour les entreprises de taille comprise entre 20 et 150 salariés ; il est égal à 100 % pour les entreprises de plus de 150 salariés.³ Le calcul du taux de cotisation dépend des dépenses de prestations des salariés au titre des accidents et maladies professionnelles au cours des trois dernières années. Les montants imputés sont calculés à partir du nombre d'accidents et de maladies professionnelles multiplié par un montant forfaitaire défini selon un barème par catégorie de sinistres.⁴ Une entreprise dont le montant imputé est élevé sera soumise à un taux de cotisation plus élevé qu'une entreprise ayant un montant plus faible ; ceci devrait encourager les comportements vertueux et décourager les comportements nuisibles en matière de santé au travail.

Au regard de l'ensemble des règles appliquées, seulement 48 % des salariés travaillent dans une entreprise soumise à la tarification à l'expérience, l'autre partie travaillant dans une entreprise sous tarification collective non individualisée.⁵ La tarification à l'expérience est donc appliquée de façon très imparfaite. Il existe un lien entre la cotisation dues par l'entreprise et les dépenses mais ce lien n'est effectif que pour une partie des entreprises. Le principe de lier la prévention et la réparation a été inscrit dans la législation de la sécurité sociale en 1946 lorsque les textes relatifs aux accidents de travail et aux maladies professionnelles y ont été intégrés. Les textes établissaient un lien entre la cotisation et la sinistralité de l'entreprise et ont ainsi intégré dès l'après-guerre la responsabilité des employeurs dans la gestion du risque.

L'application d'une tarification incitative pour une partie des entreprises seulement ainsi que la barémisation des montants imputés aux entreprises en fonction de la catégorie des accidents et maladies, pour les autres entreprises qui sont sous tarification à l'expérience, contribuent à affaiblir le lien entre la cotisation et le niveau de risque de l'entreprise. Ceci peut avoir pour effet de réduire la vigilance sur la tenue de règles de sécurité et de prévention des accidents et maladies graves notamment, dans les entreprises sous et dans la mesure où la tarification collective et les barèmes fixant les montants imputés aux entreprises sous tarification à l'expérience limitent les coûts pour les entreprises de ces accidents et maladies graves.

Les taux de cotisation notifiés aux entreprises sont globalement compris entre 1 et 12 %, ce qui dénote des écarts importants de cotisations entre les entreprises.⁶ Un plafond est appliqué, non pas sur le taux de cotisation (comme cela est le cas pour

² Assurance Maladie – Risques Professionnels. Rapport annuel 2019. Éléments statistiques et financiers.

³ Notons cependant que ces règles de tarification à l'expérience ne s'appliquent pas dans un certain nombre de secteurs d'activité. Pour ces secteurs, un taux de cotisation collectif est appliqué aux entreprises quel que soit leur effectif de salariés. Il s'agit des secteurs visés au I de l'article D. 242-6-14 et au dernier alinéa de l'article D. 242-6-22 du code de la sécurité sociale.

⁴ <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrrete/2018/12/26/SSAS1830839A/jo/texte>. JORF n°0300 du 28 décembre 2018.

⁵ Calcul de l'auteur.

⁶ Calcul de l'auteur.

l'assurance chômage aux États-Unis), mais sur la variation des taux de cotisations à la hausse, ce qui atténue les pics de cotisations et lisse les augmentations dans le temps. Les fortes hausses de cotisation sont reportées sur plusieurs années. Le plafonnement des hausses de cotisations apparaît adapté car il maintient la tarification à l'expérience, contrairement au plafonnement des taux de cotisation qui supprime la tarification incitative pour les entreprises les plus accidentogènes.

III- LES EFFETS DE LA TARIFICATION À L'EXPÉRIENCE

III.1/ Effets attendus

La tarification à l'expérience est un instrument intéressant si elle permet de corriger les inefficacités d'un système mutualisé. Dans un système mutualisé, l'entreprise n'internalise pas l'ensemble des coûts sociaux générés par son activité. Par conséquent ses efforts de prévention des accidents et maladies professionnels et de réintégration professionnelle seraient inférieurs à ce qu'ils auraient été si l'entreprise devait assumer ces coûts. Cela se traduit par un impact négatif sur les conditions de travail et la santé des salariés, et un accroissement du risque de perte d'emploi. Par ailleurs, la mutualisation favorise les entreprises les moins vertueuses au détriment des entreprises plus vertueuses. Elle instaure une surtaxe sur les entreprises vertueuses et un subventionnement des entreprises moins vertueuses.

La tarification à l'expérience introduit un mécanisme de correction, en différenciant les taux de cotisation selon les résultats de l'entreprise. Un autre intérêt de ce mode de tarification est de permettre une distribution plus équitable, entre les entreprises, de leur contribution au financement du système. Ce mode de tarification nécessite néanmoins des ajustements afin de tenir compte de la demande de mutualisation des entreprises. La solution est d'appliquer une tarification qui individualise partiellement la cotisation, c'est-à-dire en appliquant une tarification comprenant une part individualisée et une part mutualisée, conduisant à un équilibre entre l'objectif d'internaliser les coûts et la demande d'assurance des entreprises. Toutefois, la mutualisation est souvent le choix retenu, en particulier pour les petites entreprises, afin de ne pas leur imposer des cotisations élevées qui les mettraient en difficulté. Ce choix n'est pas sans contrepartie. Il impose aux petites entreprises, ayant des bonnes performances en termes de santé et sécurité au travail et ayant des risques d'accidents et de maladies professionnelles faibles, un montant de cotisation plus élevé que ce qu'elles auraient payé dans un système individualisé. En conséquence ces entreprises ne bénéficient pas d'une tarification à l'expérience qui récompenserait leurs performances.

Ce mode de tarification suscite des interrogations sur des effets négatifs qu'il pourrait entraîner. Une source de préoccupation est que ce mode de tarification peut inciter les entreprises à sélectionner les salariés les moins enclins à avoir des accidents et maladies professionnelles, et ainsi réduire le montant de leurs cotisations. Les salariés intérimaires ou en contrat à durée déterminée qui déclarent un accident du travail ou une maladie professionnelle lors d'une mission pour une entreprise peuvent se trouver confrontés à un risque de ne pas être renouvelés et de perdre des opportunités d'emploi. De plus, les entreprises peuvent sélectionner à l'embauche les salariés en meilleure santé, s'ils sont perçus comme ayant un plus faible risque d'ac-

cident du travail. Cette sélection mettrait en difficulté les personnes ayant une santé plus fragile pour leur accès à l'emploi.

Une autre source de préoccupation est que la tarification à l'expérience peut entraîner une sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles et un renoncement aux arrêts de travail prescrits par le médecin. Un moyen pour les entreprises de réduire de façon significative leurs cotisations peut être d'inciter les salariés à ne pas déclarer les accidents et à faire passer les arrêts de travail pour accident du travail en maladie. Un autre moyen est d'inciter les salariés ayant un accident du travail ou une maladie professionnelle à ne pas prendre les arrêts de travail prescrits. L'entreprise peut dans ce cas proposer des aménagements de poste pour ces salariés, sur site ou en télétravail, et peut proposer une augmentation de l'intéressement des salariés ou mettre en place des primes individuelles ou collectives qui vont dépendre des résultats des salariés ou des équipes en termes de fréquence des accidents ou des maladies professionnelles et de durée des arrêts de travail. L'aménagement des postes et les incitations ne sont pas néfastes en soi et peuvent être bénéfiques, car elles peuvent entraîner une amélioration des conditions de travail et de la sécurité au travail des salariés et favoriser le maintien en emploi après un arrêt de travail. Cependant, il est nécessaire que ces mesures soient mises en œuvre dans des conditions favorables à la santé et au bien-être des salariés. Or ceci n'est pas garanti. Il peut y avoir une mise sous pression des salariés par l'employeur pour qu'ils ne déclarent pas les accidents et maladies professionnelles.⁷ La mise sous pression par les employeurs fait partie des causes de sous-déclaration identifiées par la Commission en charge de l'évaluation du coût de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles (2021).

III.2/ Littérature empirique

Une littérature empirique croissante permet de disposer d'éclairages sur les effets des systèmes de tarification à l'expérience. Les principaux résultats de ces travaux sont présentés brièvement ci-dessous.

Des premiers travaux empiriques ont été menés au Canada à la suite de l'introduction dans les années 1980 dans plusieurs provinces canadiennes de systèmes de tarification à l'expérience en assurance des risques professionnels. Selon une enquête réalisée auprès d'entreprises en Ontario, complétée par des études de cas, les entreprises déclarent mettre en œuvre davantage de mesures de prévention et de mesures d'adaptation des postes pour les salariés ayant eu un accident en réponse à la tarification à l'expérience (Krajl, 1994). L'enquête indique de plus que les entreprises étaient en général favorables au maintien de ce mode de tarification (deux entreprises sur trois se déclaraient favorables au maintien). Selon les résultats d'une étude s'appuyant sur une enquête auprès d'entreprises au Québec réalisée en 1996 (Thomason, Pozzebon, 2002), les entreprises ont accru leurs investissements dans la prévention des risques d'accidents en réponse à la tarification à l'expérience et ont également accru le contrôle des déclarations et des durées d'indemnisation.

⁷ Ces situations de mise sous pression par l'employeur afin de réduire les déclarations peuvent se produire en particulier lorsque l'entreprise fait face à des difficultés économiques et financières. Dans ce contexte, un ensemble de facteurs – qui peut inclure la peur d'être licencié, un accroissement de la charge de travail, et ces situations de mise sous pression – peut entraîner une dégradation de la santé mentale des salariés (Le Clainche et Lengagne, 2023).

Une recherche réalisée aux États-Unis (Minnesota) évalue l'effet incitatif d'une augmentation de l'indemnisation des arrêts de travail pour accident du travail sur la durée des arrêts de travail à partir d'une expérience naturelle (Krueger, 1990).⁸ D'une part, l'augmentation du niveau d'indemnisation incite les individus à prendre des arrêts de travail plus longs. D'autre part, l'augmentation de l'indemnisation accroît les coûts supportés par les entreprises qui s'auto-assurent. Les résultats suggèrent que les entreprises en auto-assurance (qui équivaut à une tarification à l'expérience parfaite) sont incitées à réduire la durée des arrêts de travail. Au total, l'effet incitatif, du côté du salarié, et l'effet de sens opposé, du côté de l'entreprise, coexistent selon les estimations.

Pour faire face à la forte croissance du nombre de bénéficiaires de l'invalidité et des dépenses d'invalidité, plusieurs pays ont engagé d'importantes mesures pour inverser ces tendances. Parmi les mesures mises en œuvre, les Pays-Bas et la Finlande ont eu recours à une tarification à l'expérience (Koning, Lindeboom, 2015 ; Kyyrä, Paukkeri, 2018). Ces pays ont ainsi introduit un nouveau mode de tarification dans les dispositifs de sécurité sociale couvrant l'invalidité ; il porte sur l'invalidité pour toute cause et ne se restreint pas aux seules incapacités et invalidités de travail dues à des accidents du travail et maladies professionnelles. Plusieurs travaux de recherche récents ont été menés afin d'étudier ces systèmes. Les estimations indiquent que l'introduction d'une tarification incitative a entraîné une réduction significative du flux de salariés vers l'invalidité (Koning, Muller, Prudon, 2022) et une réduction des épisodes d'arrêts de travail pour maladie et du nombre de jours d'arrêts de travail (Böheim, Leoni, 2020, dans le cas de l'Autriche). Ces travaux suggèrent que les entreprises réagissent aux incitations en mettant en œuvre des mesures d'aménagement des postes ou des mesures de contrôle des flux vers les dispositifs d'indemnisation. Les travaux de Tomi Kyyrä et Tuuli Paukkeri (2018), qui mobilisent un design de recherche exploitant les discontinuités de la tarification à l'expérience en fonction de la taille de l'entreprise, indiquent en revanche une absence d'effet sur l'entrée dans les dispositifs d'invalidité. Les travaux de Nynke De Groot et Pierre Koning (2016) étudient l'effet sur l'invalidité de la suppression de la tarification à l'expérience pour les petites entreprises, aux Pays-Bas. Leurs estimations indiquent une augmentation du taux d'entrée et une baisse du taux de sortie dans le dispositif d'invalidité en réponse à cette suppression. Ainsi une tarification incitative pour les petites entreprises permettrait de réduire ce risque. Toutefois, des primes de cotisations élevées augmentent le risque de faillite des petites entreprises (De Groot, Koning, 2021). Les différents paramètres de la tarification (seuils de taille d'entreprise et plafonds de cotisation notamment) doivent être fixés en tenant compte de ces effets intervenant simultanément.

Des travaux sont en cours étudiant les effets de la tarification à l'expérience en France. Cette tarification ayant été introduite dans l'objectif d'inciter les entreprises à développer leurs efforts de prévention de la survenue des risques, la première approche adoptée a consisté à explorer ses effets sur les expositions à des facteurs de risque au travail. Ce travail a été réalisé à partir de données administratives agrégées au niveau sectoriel combinées avec les données de l'enquête Conditions de Travail réalisée en 2015. Les résultats ont montré un lien entre les hausses de cotisations et

la mise en place de formations de sécurité dans l'entreprise, déclarées par les salariés, ainsi qu'une moindre exposition à des pénibilités physiques et une moindre fréquence des accidents du travail reportés par les salariés (Lengagne, 2016). D'autres travaux s'appuient sur des données administratives sur les établissements. Les estimations suggèrent une diminution de l'incidence des troubles musculosquelettiques et des accidents du travail au niveau des établissements en réponse aux incitations. Les travaux en cours mobilisent des données administratives en panel permettant le suivi dans le temps des établissements et des individus afin de mieux appréhender les mécanismes qui peuvent intervenir. Selon les estimations établies (Lengagne, 2022), l'augmentation du degré d'individualisation pour les entreprises de taille comprise entre 50 et 200 salariés (dans le cadre de la réforme de la tarification entrée en vigueur en 2012), a entraîné dans ces entreprises une légère diminution de la probabilité d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Elle a entraîné une réduction importante de la durée des arrêts de travail pour accident du travail ou maladie professionnelle, sans effet de report sur les arrêts de travail pour maladie ordinaire. Elle a de plus entraîné une réduction de la probabilité d'entrée dans l'invalidité. Outre l'impact de la tarification à l'expérience sur les arrêts de travail et l'entrée dans l'invalidité, il est nécessaire d'étudier ses effets sur un ensemble d'autres outcomes, en particulier sur le flux vers d'autres dispositifs d'indemnisation (qui se substitueraient à l'invalidité) et sur la probabilité d'emploi. Si le taux d'entrée des individus dans l'invalidité diminue en réponse aux incitations, il faut déterminer si cette diminution est due à une amélioration de la situation d'emploi ou non. Les estimations montrent un effet positif significatif de l'augmentation de l'individualisation sur la probabilité d'emploi et, simultanément, une réduction de la probabilité de chômage et de la probabilité d'entrée dans l'invalidité. Ces résultats suggèrent globalement des effets positifs de la tarification à l'expérience sur la situation d'emploi des individus. Des analyses sont en cours afin d'approfondir ces résultats.

IV- CONCLUSION

Les résultats empiriques qui ont été établis jusqu'à présent suggèrent que la tarification à l'expérience est un instrument efficace d'incitation des entreprises à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et au maintien dans l'emploi des salariés accidentés.

Cependant, le système d'assurance tel qu'il existe aujourd'hui n'offre pas une couverture de l'ensemble des atteintes à la santé dues au travail. Il n'inclut pas les maladies psychiques liées au travail notamment. Compte-tenu de cette non-couverture d'une partie importante des atteintes à la santé liées au travail, une tarification à l'expérience ne peut jouer pleinement un rôle incitatif. Le rapport de commission en charge de l'évaluation du coût de la sous-déclaration (2021) apporte des éléments, à partir des données et des études disponibles, sur la sous-déclaration pour plusieurs maladies et pour les accidents du travail, y compris pour les accidents et maladies psychiques liées au travail. Un chiffrage pour les troubles psychiques, les pathologies non cancéreuses liées à l'amiante, certains cancers, la surdité et les hypoacousies, a été intégré par la commission ayant publié son rapport en 2021 ; les mesures pour ces maladies n'avaient pas été réalisées par les précédentes commissions. La sous-déclaration de ces maladies serait assez conséquente selon les estimations.

⁸ Aux États-Unis, la couverture des accidents du travail et maladies professionnelles repose sur un système d'assurance privée obligatoire dans la plupart des États. Les taux d'indemnisation et de prise en charge des soins obligatoires sont décidés de façon autonome au niveau des États.

En ce qui concerne les maladies psychiques, la commission estime, pour l'année 2019, à 77 900 le nombre de troubles dépressifs sévères, et de syndromes de stress post-traumatique, qui auraient dû être reconnus en maladies professionnelles ou en accidents du travail, et de cas de burn-out.

Références

Autor, **David H.** (2011). The Unsustainable Rise of the Disability Rolls in the United States: Causes, Consequences, and Policy Options (November 23, 2011). MIT Department of Economics Working Paper No. 12-01.

Commission en charge de l'évaluation du coût de la sous-déclaration (2021). Commission présidée par la Cours des Comptes, instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale. Rapport remis au Parlement et au Gouvernement. « Estimation du coût réel, pour la branche maladie, de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles ». <https://www.securite-sociale.fr/home/medias/presse/list-presse/rapport-sous-declaration-atmp-21.html>

Böheim, R., Leoni, T. (2020). Do Employees' Sickness Absences React to a Change in Costs for Firms ? Evidence from a Natural Experiment. The Scandinavian Journal of Economics, 122(2), 553-581.

De Groot, N., and Koning, P. (2016). Assessing the effects of disability insurance experience rating. The case of The Netherlands. Labour Economics, 41, 304-317.

De Groot, N., and Koning, P. (2021). A Burden Too Big to Bear ? The Effect of Experience-Rated Disability Insurance Premiums on Firm Bankruptcies and Employment. The Scandinavian Journal of Economics.

Koning, P., Lindeboom, M. (2015). The rise and fall of disability insurance enrollment in the Netherlands. Journal of Economic Perspectives, 29(2), 151-172.

Koning, P., Muller, P., Prudon, R. (2022). Why Do Temporary Workers Have Higher Disability Insurance Risks Than Permanent Workers ? IZA Discussion Paper No. 15173.

Krajl, B. (1994). Employer responses to workers' compensation insurance experience rating. Industrial Relations, 49(1):41-61.

Krueger, A. B. (1990). Workers' compensation insurance and the duration of workplace injuries. NBER Working Paper n° 3253.

Kyyrä T., and Paukeri T. (2018). Does experience rating reduce sickness and disability claims ? Evidence from policy kinks. Journal of Health Economics, 61, 178-192.

Le Clainche C., and Lengagne P. (2023). Economic Layoffs and Mental Health : Evidence from French register-survey data. Revue d'Économie Politique. 2023-vol 3. Forthcoming.

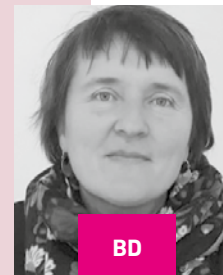
Lengagne, P. (2016). Experience rating and work-related health and safety. Journal of Labor Research 37(1),69-97.

Lengagne, P. (2022). Experience rating in Workers' Compensation Insurance, sickness absence and labor market outcomes. Mimeo.

Thomason, T., Pozzebon, S. (2002). Determinants of firm workplace health and safety claims management practices. ILR Review. 55(2), 286-307.

Réparation et prévention, des liens ambivalents

Par **Anne Marchand**, Sociologue et historienne



Sociologue et historienne, affiliée au Centre d'histoire sociale des mondes contemporains (CHS), Anne Marchand interroge dans ses recherches les questions de santé au travail et, plus précisément, les facteurs de construction de la connaissance ou de l'ignorance sur cette thématique. Elle co-dirige le Groupement d'intérêt scientifique sur les cancers d'origine professionnelle (Giscop93). Au titre de son expertise sur le droit de la réparation, elle a été auditionnée par le groupe « maladies professionnelles » de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) et par la commission d'enquête parlementaire « sur les maladies et pathologies professionnelles dans l'industrie (risques chimiques, psychosociaux ou physiques) et les moyens à déployer pour leur élimination ». Elle siège au sein du Conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA). Elle participe depuis plusieurs années à la formation continue des assistantes sociales des Carsat.

Résumé

Il est de coutume d'opposer la réparation des maux du travail à leur prévention. Pourtant, les liens entre les deux sont bien plus ambivalents qu'ils n'y paraissent. Ainsi, cet article rappelle que le dispositif de réparation des maladies professionnelles né de la loi de 1919 a d'emblée été conçu comme un levier pour la prévention. Les textes prévoyaient effectivement la collecte de données auprès des médecins et auprès des employeurs qui devaient converger pour produire une connaissance utile à la prévention. Cette volonté de considérer la réparation comme une étape vers la prévention a été confirmée et renforcée à la création de la Sécurité sociale, puis par l'évolution jurisprudentielle de la faute inexcusable de l'employeur. Pour autant, un ensemble de phénomènes font obstacle aux liens voulus par le législateur. En précisant certains d'entre eux, cet article invite à les surmonter pour que la prévention des risques professionnels soit à la hauteur des enjeux dans un monde du travail en transformation.

Il est de coutume de distinguer la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP) de la prévention des risques professionnels, comme deux espaces très distincts, déliés. Il faut dire qu'ils relèvent de deux cadres normatifs différents : le Code de sécurité sociale pour l'un, quand l'autre se traduit surtout dans le Code du travail. La réparation ne signe-t-elle pas *in fine* l'échec des mesures préventives qui ont ou auraient dû être prises en amont ? S'appuyant sur une recherche doctorale qui a combiné l'analyse d'archives, des entretiens avec une diversité d'acteurs de la réparation et de la prévention et l'accompagnement des démarches d'accès au droit de la réparation de près de 200 salariés ou anciens salariés atteints

d'un cancer¹, cet article interroge l'ambivalence des liens existants entre la réparation et la prévention. Il le fait à partir de l'exemple des maladies professionnelles qui, à la différence des accidents du travail, n'ont pas connu de baisse significative dans les dernières décennies.

À explorer de près la construction du système de réparation dans une approche historique, il apparaît que prévention et réparation, quoiqu'en tension l'une avec l'autre, sont bel et bien historiquement liées. C'est tout au moins ce que revendiquaient les législateurs en 1919. Méconnu, abusivement assimilé à une simple extension de la loi sur les accidents du travail, voilé par la création ultérieure de la Sécurité sociale, le dispositif voté dans l'immédiat après Première Guerre mondiale pour réparer les maladies professionnelles envisage effectivement les deux volets simultanément (I). Mais, pourtant favorisés par les textes, ces liens peinent à se concrétiser, notamment parce que des volets du droit demeurent inactifs (II). Dans ce contexte, les statistiques produites chaque année sur les AT-MP participent à troubler le champ de la prévention (III).

I- LA LOI DU 25 OCTOBRE 1919 OU LA VOLONTÉ DE RELIER RÉPARATION ET PRÉVENTION

Les travaux d'historiens et de juristes intéressés par le dispositif de réparation des AT-MP se sont principalement focalisés sur la loi du 9 avril 1898 « concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail ». Ils ont documenté sa genèse et ses enjeux, l'inscription des accidents du travail dans une logique désormais assurantielle, la naissance d'un système de responsabilité sans faute pour les employeurs, la présomption d'origine professionnelle de tout accident « survenant par le fait ou à l'occasion du travail » en échange d'une réparation forfaitaire, etc. Mais, à de rares exceptions près, ils ne se sont pas intéressés aux spécificités du système mis en place pour réparer les maladies professionnelles. Il faut dire que la loi du 25 octobre 1919 « étendant aux maladies d'origine professionnelle la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail » se présente, dans son titre même, comme une simple extension de la loi précédente.

I.1/ Les maladies du travail : des maladies « évitables »

Cette notion d'extension masque pourtant un important travail d'adaptation du cadre préexistant. En effet, la maladie ne présente pas le caractère de brutalité, de soudaineté et d'imprévu qui caractérise l'accident. Il n'est donc guère possible de la raccorder à une date ou à un événement précis. Identifier un lien certain de causalité entre l'activité professionnelle et la survenue des maladies s'affirme le plus souvent hors de portée... La définition juridique des maladies professionnelles va s'appuyer alors sur des tableaux dans lesquels des critères médicaux se conjuguent avec des listes d'activités et des délais de responsabilité pour les employeurs : l'article 2 stipule

ainsi que « sont considérées comme maladies professionnelles les affections aiguës ou chroniques, mentionnées aux tableaux annexés à la présente loi, lorsqu'elles atteignent des ouvriers habituellement occupés aux travaux industriels correspondants. » Mais, surtout, les maladies du travail sont d'emblée envisagées comme des maladies « évitables ». Et pour cause : elles ne résultent pas d'une situation accidentelle mais bel et bien de l'activité habituelle de travail.

La notion de maladies « évitables » traverse ainsi les débats parlementaires en amont du vote de la loi. Pour exemple, en 1913, face à la résistance de certains députés qui s'alarment de la « ruine de l'industrie » causée par l'extension de la réparation aux maladies professionnelles, le rapporteur du projet de loi, le député et médecin Gilbert Laurent, tente de rassurer : « Soyez tranquille, la loi ne ruinera personne. [...] L'accident, malgré toutes les précautions qu'on prend, peut n'être pas évitable. Je soutiens que médicalement la maladie professionnelle, au contraire, est presque toujours évitable. Elle est évitable sinon complètement, entièrement, absolument, au moins en partie dans ses conséquences les plus graves, les plus pénibles, les plus douloureuses. [...] L'obligation de réparer généralisera l'obligation de préserver. Elle amènera dans l'hygiène industrielle une véritable transformation, je n'ose dire une révolution². »

I.2/ La loi du 25 octobre 1919 ou la naissance d'un dispositif de veille sanitaire

La loi finalement votée en octobre 1919, au terme de plusieurs décennies de débats, ne retient, parmi la longue liste des « poisons industriels³ » déjà établie par l'Office du travail (l'ancêtre du ministère du même nom), que les seuls plomb et mercure et n'y associe qu'un panel très réduit de maladies, à rebours déjà des connaissances scientifiques et médicales existantes. Léon Jouhaux, alors secrétaire général de la CGT, dénonce cette « pauvre petite loi qui, à travers un enchevêtrement de difficultés, permet à un petit nombre d'intoxiqués par le plomb et le mercure d'obtenir une mesquine réparation⁴ ». Cette loi envisage toutefois d'emblée, en son article 10, l'extension régulière des tableaux de maladies professionnelles et crée à cette fin une commission supérieure des maladies professionnelles. Jusqu'en 1945, c'est en son sein qu'est discutée et négociée la création de nouveaux tableaux, 25 au sortir de la guerre. Supprimée à la Libération, cette commission réapparaît au début des années 1980 sous sa forme actuelle, celle d'une commission spécialisée du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT).

On l'ignore le plus souvent mais le dispositif créé par la loi de 1919 est loin de se limiter à son volet indemnitaire : il s'apparente davantage à un dispositif de surveillance des effets du travail sur la santé, dans une perspective de prévention. Trois sources de données sont envisagées par le texte : la déclaration des maladies dites « indemnissables » (c'est-à-dire inscrites dans les tableaux) et celle des maladies « à caractère professionnel » (MCP), en « vue de la prévention des maladies professionnelles et de l'extension ultérieure de la présente loi » (article 12), toutes deux confiées

¹ Marchand Anne, *Reconnaissance et occultation des cancers professionnels le droit à réparation à l'épreuve de la pratique*, thèse pour le doctorat en histoire et en sociologie, Université Paris Saclay, mars 2018 (accessible sur <https://hal.science/tel-02105285>).

² JORF du 20 juin 1913, p. 2035.

³ Office du travail, *Les poisons industriels*, Ministère du Commerce, de l'industrie, des postes et des télégraphes, Imprimerie nationale, 1901.

⁴ Cité par Buzzi Stéphane et al., *La santé au travail*. 1880-2006, La Découverte, 2006, p. 16.

au corps médical, et la déclaration par les employeurs de leurs « procédés de travail comportant l'usage de substances susceptibles de provoquer des maladies professionnelles », en vue d'établir la liste des entreprises et des salariés concernés (article 2 du décret du 31 décembre 1920). Les employeurs sont d'ailleurs « tenus d'inscrire sur un registre spécial les nom, prénoms et adresse des ouvriers qu'ils occupent, la nature du travail auquel ceux-ci sont affectés, les dates de l'embauchage et du débauchage et l'indication du précédent employeur chez lequel a travaillé l'ouvrier » (article 3 du décret du 31 décembre 1920).

La viabilité de ce dispositif repose ainsi principalement sur le corps médical – à qui il est confié de nouvelles obligations – et sur les déclarations des employeurs. Ces trois sources de données doivent converger vers le ministère du Travail, en charge de la collecte et de l'analyse de ces informations, dans la perspective de modifier ou de créer de nouveaux tableaux mais aussi de construire une forme de traçabilité des expositions. Initialement dédiée au contrôle de l'application des lois de prévention, l'inspection du travail se retrouve ainsi fortement mobilisée par la réparation : elle hérite de la collecte de l'ensemble des déclarations liées au système de réparation, qu'elles soient d'ordre médical (double des déclarations en maladies professionnelles et des déclarations obligatoires) ou administratif (déclaration des employeurs). D'elle dépend l'exploitation des données, exploitation qui donne lieu dès 1922 à l'établissement d'un bilan chiffré annuel de l'application de la loi. La lecture du *Bulletin de l'inspection du travail et de l'hygiène industrielle* – regroupant les actes officiels et tous les documents et travaux divers se rattachant à la réglementation du travail, à l'hygiène et à la sécurité – témoigne, à partir de 1919, de la somme des circulaires et lettres ministérielles destinées à mobiliser les inspecteurs dans ce travail. En 1931, par exemple, le ministère du Travail, estimant que les « cas de saturnisme qui se produisent encore parmi les ouvriers peintres en bâtiment, ainsi qu'en témoigne la statistique des déclarations [représentent] des indices à peu près certains d'infractions [au] Code du travail », invite les inspecteurs du travail « à user de rigueur, ces infractions étant maintenant tout à fait inadmissibles⁵. » L'existence même d'un tableau de maladie professionnelle est ainsi envisagée comme un support à la prévention parce qu'ils constituent « un signal clair sur les produits dangereux ou les processus de travail pathogènes⁶ ». Leur date de création est d'ailleurs souvent mobilisée aujourd'hui dans les contentieux à l'initiative des salariés malades comme un moyen de prouver la conscience du danger de l'employeur.

I.3/ L'après Seconde Guerre mondiale ou le renforcement dans les textes des liens entre réparation et prévention

Avec la création de la Sécurité sociale, ces liens entre réparation et prévention sont fortement réaffirmés. Il est ainsi rappelé, dans l'exposé des motifs de la loi du 30 octobre 1946 sur la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles que « la réparation, sous forme d'indemnité ou de rente,

ne doit donc être considérée que comme subsidiaire, comme un pis-aller lorsqu'il n'est pas possible de faire mieux ». Pour soutenir la prévention des AT-MP, un Institut national de sécurité (INS) est créé en 1947 par la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS), qui devient l'INRS en 1968. Sans représenter ici toute l'architecture de cette nouvelle branche de la Sécurité sociale, il convient de rappeler ici qu'il est alors confié aux nouvelles Caisses régionales de sécurité sociale (aujourd'hui Carsat) des missions croisées de tarification et de prévention des AT-MP, financés par les cotisations des employeurs. Leur agrément leur permet de réaliser des visites en entreprise et des enquêtes sur les postes de travail dans la perspective de prévenir les AT-MP. Si leurs missions, le plus souvent méconnues, ne relèvent pas d'un pouvoir de coercition, ces agents ont toutefois la possibilité, comme dans tout système d'assurance, d'imposer des cotisations supplémentaires aux employeurs rétifs à tout effort de prévention ou, au contraire, de proposer des ristournes ou des financements pour ceux manifestant leur volonté d'investir dans la prévention.

Enfin, suite au mouvement social des travailleurs de l'amiante⁷ et à l'interdiction de cette fibre mortelle, des actions sont engagées par les avocats des victimes auprès des Tribunaux des affaires de sécurité sociale (TASS) plaidant la faute inexcusable de l'employeur, notion mentionnée dans les lois de réparation de 1898 et de 1919, mais jamais réellement définie⁸. Au début des années 2000, réinterprétée par la chambre sociale de la Cour de cassation, la faute inexcusable de l'employeur va renforcer la fonction préventive de la réparation. Dans les arrêts « amiante » du 28 février 2002, les juges énoncent ainsi non plus une simple obligation de moyen de l'employeur en matière de santé et sécurité au travail mais une obligation de résultat, en vertu du contrat de travail le liant à son salarié : « Le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable [...] lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié et qu'il n'avait pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver. »

Ces arrêts sont à l'origine d'une véritable « métamorphose du risque professionnel » selon la juriste Morane Keim-Bagot, « d'un risque qu'il convient de réparer vers un risque qu'il faut prévenir ». En effet, cette décision jurisprudentielle « transcende » les divisions existantes entre les deux branches du droit social : « La victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle n'avait jusqu'alors jamais été considérée dans son unité. Elle était divisée fictivement en deux personnes juridiques distinctes : d'un côté l'assuré social bénéficiaire de la législation des risques professionnels dans le droit de la Sécurité sociale; de l'autre, le salarié, qui pouvait éventuellement bénéficier de la législation du risque de l'emploi en droit du travail. La personne assurée sociale et la personne salariée ne semblaient jamais devoir se rejoindre. Les arrêts « Amiante », en affirmant la faute inexcusable comme une sanction à un manquement au contrat de travail, inscrivent fortement la question des accidents du travail et des maladies professionnelles dans la relation de travail⁹. »

5 Ministère du travail, « Circulaire du 11 décembre 1931 adressée aux inspecteurs divisionnaires du travail sur l'emploi illégal de la céruse dans les travaux de peinture », *Bulletin de l'inspection du travail et de l'hygiène industrielle*, t. 31, n° 11, 1931, p. 175.

6 Thomas Montpellier, *La prévention des risques professionnels à l'épreuve de la responsabilité de l'employeur*, LexisNexis, 2022, p. 91.

7 Birbès Jean-Marie, Le Guen Marcel, *L'amiante, la pieuvre et l'ouvrier*, Institut d'histoire sociale CGT, 2021.

8 Teissonnière Jean-Paul, Topaloff Sylvie, « L'affaire de l'amiante », *Semaine sociale Lamy*, supl. n°1082, 1^{er} juillet 2002.

9 Keim-Bagot Morane, *De l'accident du travail à la maladie : la métamorphose du risque professionnel enjeux et perspectives*, Dalloz, 2015, p. 218.

II- UN DISPOSITIF FINALEMENT INAPPLIQUÉ : LA DIMENSION PRÉVENTIVE DE LA RÉPARATION EMPÊCHÉE

Si, dans les textes, la réparation est reliée à la prévention, ce dispositif de veille sanitaire a très tôt été entravé dans son fonctionnement, faute de construction de données, tant sur les maladies professionnelles, sur les maladies à caractère professionnel que sur les industries concernées. L'articulation de la réparation avec la prévention s'en trouve fortement fragilisée.

II.1/ La déclaration par les employeurs de leurs procédés de travail pathogènes : une obligation restée lettre morte

Le plus emblématique de ces volets du droit demeurant inactifs est sans aucun doute l'obligation faite aux employeurs de déclarer leurs « procédés de travail susceptibles de provoquer les maladies professionnelles » à la Caisse primaire d'assurance maladie et à l'inspecteur du travail (article L. 461-4 du CSS). Si le Code stipule que « sont punis d'une amende prévue pour les contraventions de la 3^e classe, les employeurs qui ont contrevenu aux dispositions de l'article L. 461-4 » (article R 471-5 du CSS), il n'existe pour autant aucune trace accessible de la réalité de ces déclarations, de leur éventuelle exploitation, d'une hypothétique sanction. Tous les acteurs concernés rencontrés lors de notre recherche, qu'ils soient agents des caisses ou de l'inspection du travail, ignoraient tout de cette obligation et n'avaient jamais croisé ce type de déclaration. Inactif, ce volet du droit est pourtant central dans une perspective de prévention et de réparation. D'une part, il permettrait d'identifier en amont les entreprises où le risque professionnel est présent, sans attendre la survenue d'une maladie professionnelle des années plus tard, et d'intervenir pour prévenir le danger. D'autre part, en aval, il faciliterait l'accès au droit de la réparation du salarié malade en faisant preuve de ses expositions.

La question de l'absence de traçabilité des expositions est en effet identifiée de longue date comme l'un des obstacles majeurs à l'indemnisation des maladies professionnelles et à leur connaissance. En 2008, commandé par la branche AT-MP de l'Assurance maladie et réalisé par Daniel Lejeune, un audit sur la « traçabilité des expositions professionnelles¹⁰ » – tracer est ici envisagé comme « identifier le risque, évaluer l'exposition et conserver les données » – souligne « les difficultés et les insuffisances d'application de la réglementation en vigueur ». Il préconise la réactualisation d'une « disposition réglementaire très peu appliquée », cette fameuse déclaration obligatoire des employeurs, en la centrant prioritairement sur les substances cancérigènes dont les effets sur la santé surviennent au terme d'un long délai de latence, jusqu'à 40 ans dans le cas par exemple de l'amiante : on mesure l'enjeu de pouvoir « tracer » l'exposition sur plusieurs décennies.

Selon cet audit, cette déclaration incombant aux employeurs pourrait devenir, à condition de l'aménager et de la dématérialiser, « un outil de traçabilité collective au niveau des entreprises et de traçabilité individuelle pour les salariés exposés aux CMR

[cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques] avec des objectifs de prévention primaire et de prévention secondaire et tertiaire¹¹ ». Transmise annuellement aux Carsat, elle alimenterait des « entrepôts de données », à partir desquels des requêtes pourraient être effectuées pour, par exemple, identifier la liste des travailleurs exposés à des agents ou procédés cancérigènes (traçabilité individuelle) ou connaître la liste des cancérigènes présents dans telle ou telle entreprise (traçabilité collective). Mais cette préconisation semble être restée lettre morte jusqu'à aujourd'hui. Pire, les outils de traçabilité inscrits dans la réglementation (fiches et attestations d'exposition) ont été supprimés des obligations faites à l'employeur dans le cadre de la réglementation sur les cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR), privant également les salariés partant à la retraite de l'accès au droit au suivi médical post-professionnel¹².

II.2/ Des médecins qui ne déclarent pas les maladies à caractère professionnel

Deuxième obligation inscrite dans la loi de 1919 qui peine à être respectée, la déclaration par les médecins des « maladies ayant un caractère professionnel et comprise dans une liste établie par décret » (article 12). Cette catégorie, qui se distingue des maladies indemnisables, avait pour ambition d'identifier l'émergence de nouvelles maladies liées au travail pour, tout à la fois, élargir progressivement le champ de la réparation par la création de nouveaux tableaux et assainir les postes de travail à l'origine de la survenue de ces maladies « sentinelles », sur le modèle de la déclaration déjà obligatoire des maladies infectieuses¹³. Pourtant, dès les premières années d'application de la loi, les responsables du ministère du Travail s'alarment de l'absence de déclaration de ces maladies par le corps médical. « C'est une pénurie de déclarations que nous avons à signaler, à regretter et à atténuer dans la mesure du possible », regrettent-ils notamment dans un rapport établi en 1933 sur « l'utilisation, notamment en vue de la prévention, de la documentation recueillie par le ministère du Travail » : « D'une part, elle nous laisse dans une ignorance presque totale de la réalité du danger que peut offrir telle ou telle cause de maladie professionnelle. D'autre part, elle rend très difficile une sélection entre les unes et les autres et l'établissement de la hiérarchie qu'il serait désirable de pouvoir connaître sur leur degré de gravité¹⁴. » Durant toute l'entre-deux guerres, les acteurs de cette administration ne cessent d'en appeler à la responsabilité des médecins, en vain. Tombé en désuétude, cet article de loi est pourtant inscrit dans le code de la Sécurité sociale à la Libération (article 500, aujourd'hui L461-6).

Durant des décennies, le respect de cette obligation visant à relier la réparation à la prévention est constamment rappelé au corps médical, en témoignent les circulaires, nombreuses, émanant du ministère en charge de la Sécurité sociale à destination notamment des directeurs régionaux de la Sécurité sociale. Après avoir rappelé « l'importance que présente pour la prévention des maladies professionnelles et le développement des tableaux, l'observation par tous les médecins des prescriptions

¹¹ *Ibid*, p. 3-4.

¹² Félicie Nadiège, « "Pénibilité" et traçabilité des expositions : fiches, attestations. Le point sur les documents créés, maintenus ou supprimés », *Références en santé au travail*, INRS, N° 171, septembre 2022.

¹³ Loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine.

¹⁴ Chi, PV de la séance du 9 janvier 1933, « Rapport concernant l'utilisation, notamment en vue de la prévention, de la documentation recueillie par le ministère du Travail, en application de la loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles », CAC, art 19920443/31.

¹⁰ Lejeune Daniel, *La traçabilité des expositions professionnelles*, La Documentation française, 2008.

de l'article 500 du code de la Sécurité sociale », elles s'attellent à repréciser l'enjeu de ces démarches comme, par exemple, en 1958 : « Sans doute le nombre de cas de maladies professionnelles (déjà reconnues comme telles ou susceptibles de l'être) est-il relativement peu élevé par rapport à celui des accidents du travail et surtout par rapport au nombre de maladies non professionnelles. Il n'en importe pas moins que ces cas soient dépistés en vue de la mise en œuvre de toutes les mesures préventives et, lorsqu'il y a lieu, de l'octroi aux victimes des réparations exigées par la loi. Ce dépistage, en raison même de la rareté relative des cas, exige de la part des médecins, une attention toujours en éveil¹⁵. »

Il faut toutefois attendre le milieu des années 1980 pour qu'une médecin du travail, Annie Touranchet, réactive ce volet du droit jusqu'alors en sommeil. Elle mesure rapidement l'impact de ces déclarations en parvenant, dès son premier usage, à faire admettre à un employeur de la sidérurgie que « l'huile de coupe utilisée dans les tours à commande numérique était polluée ». « Au terme de trente-six déclarations de "boutons d'huile", suivies de la visite de l'inspecteur du travail et de celle du médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre, les huiles ont été changées et nettoyées avec l'ajout de bactéricides; les "boutons d'huile" ont disparu¹⁶. » Devenue elle-même MIRTMO et constatant que ces déclarations étaient reléguées dans « de grandes armoires fermées à clé », sans être jamais exploitées, elle s'en inquiète auprès du ministère du Travail qui, en 1986, accepte les termes d'une campagne expérimentale lancée en direction des médecins du travail et des généralistes à l'échelle des Pays de Loire et de la région Provence Alpes Côte d'Azur.

Cette expérimentation se traduit par une augmentation spectaculaire du nombre de déclarations de MCP. Comme en rend compte l'historien Nicolas Hatzfeld : « La formule entend prouver l'efficacité de ces signalements, requis par la loi, mais que la pratique délaisse. Elle montre aux pouvoirs publics comme aux acteurs de terrain une des faiblesses du système français de santé au travail tel qu'il fonctionne effectivement, en combattant par le simple volontarisme la sous-déclaration¹⁷. » Elle permet notamment, à court terme, de révéler, parmi les maladies déclarées, un « afflux de lésions périarticulaires¹⁸ », prétexte à de nouvelles recherches qui aboutissent à l'évolution du tableau les concernant en 1991. C'est également grâce à cette expérimentation que des cas de souffrance au travail sont rendus visibles vers la fin des années 1990 et que les « quinzaines MCP » voient le jour en 2003. Partie des Pays de Loire, cette campagne consistant à encourager les médecins du travail à déclarer ces MCP durant 15 jours chaque semestre¹⁹, s'étend désormais à d'autres régions sous la responsabilité de Santé Publique France, en lien avec l'inspection du travail. Cette « obligation » s'est transformée en une démarche basée sur le volontariat, limitée aux médecins du travail, et enregistre une participation très faible²⁰. En dépit de ces limites, les données recueillies confirment notamment qu'un pourcentage important

¹⁵ Ministère du Travail et de la Sécurité sociale, Direction de la Sécurité sociale, Circulaire n° 37 SS du 15 avril 1958, CAC, art 19920443/31.

¹⁶ Entretien avec Annie Touranchet, novembre 2017.

¹⁷ Hatzfeld Nicolas, Les maladies du geste. *Contribution à une histoire du travail (XIX^e-XX^e siècles)*, dossier d'habilitation à diriger des recherches, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, 2009, p. 234.

¹⁸ *Ibid.*, p. 202.

¹⁹ Daubas-Letourneux Véronique, « Produire des connaissances en santé au travail à l'échelle régionale. Le signalement des maladies à caractère professionnel dans les Pays de la Loire », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, 2008, p. 213-235.

²⁰ <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/maladies-a-caractere-professionnel/donnees/#tabs>

de maladies qui auraient pu être déclarées sur les tableaux ne l'ont pas été : elles permettent ainsi d'estimer le niveau de « sous-déclaration » évoqué ci-dessous.

III- LES LIMITES DES DONNÉES AT-MP : LA PRÉVENTION DÉSORIENTÉE ?

Entre des obligations d'employeurs qui ne sont pas respectées et des déclarations de maladies à caractère professionnel qui ne sont pas réalisées, on mesure combien l'ambition du dispositif de 1919 qui visait à relier réparation et prévention est loin d'être atteinte. D'autant plus que les AT-MP reconnus ne sont que la partie visible d'un ensemble bien plus vaste de maux du travail qui ne sont pas déclarés.

III.1/ Un phénomène massif de sous-déclaration

Cette situation est particulièrement vraie pour les maladies professionnelles, dont la déclaration, à la différence des accidents du travail, incombe aux personnes malades elles-mêmes. Depuis 1996, ce non phénomène de non-recours au droit de la réparation jouit même d'une reconnaissance institutionnelle puisque la loi de financement de la Sécurité sociale prévoit chaque année que la branche AT-MP, financée par les employeurs, verse une somme de plusieurs milliers d'euros à la branche maladie, financée par la collectivité, en compensation des maladies et des accidents du travail non déclarés. En constante augmentation, le montant de cette sous-déclaration était estimé en juin 2021, dans un dernier rapport remis au Parlement et au gouvernement, entre 1,2 et 2,1 milliards d'euros²¹. Quelques chiffres issus de ce rapport permettent de réaliser l'importance de ce phénomène : en 2019, 530 cas de surdité et 370 cas de dermatoses ont été reconnus en maladie professionnelle quand ils auraient dû être respectivement 26 000 et 25 000 selon les études épidémiologiques disponibles. L'écart est encore plus important pour la broncho-pneumopathie obstructive (BPCO), avec 15 cas effectivement reconnus quand 44 000 cas a minima auraient dû l'être, et jusqu'à 142 000²². Quant aux cancers, alors que les estimations les plus basses évoquent de 14 000 à 30 000 nouveaux cas qui, chaque année, seraient liés au travail, moins de 1 800 étaient reconnus en maladie professionnelle en 2019.

Les facteurs à l'origine de cette sous-déclaration sont d'une grande diversité et il ne s'agit pas ici d'en présenter une liste exhaustive mais de pointer certains d'entre eux qui interrogent la déliaison entre réparation et prévention. Tout comme ils négligent les déclarations des MCP, les médecins, insuffisamment formés et impliqués, sont rares à respecter l'obligation qui leur est faite de rédiger les certificats médicaux sans lesquels il est impossible pour les assurés de déclarer leur maladie professionnelle. Se confronter aux archives provoque à cet égard un certain vertige. Ce constat se répète en effet sur plusieurs décennies. Cette faible participation des médecins est en fait identifiée dès les premiers bilans d'application de la loi sur la réparation des maladies professionnelles : « Il serait à souhaiter que les médecins veuillent bien se convaincre qu'en observant dans tous les cas les prescriptions réglementaires, ils

²¹ Accessible sur <https://www.securite-sociale.fr/home/medias/presse/list-presse/rapport-sous-declaration-atmp-21.html>

²² *Ibid.*

contribuent à rendre plus efficace la protection des ouvriers dans les industries qui exposent ceux-ci à des intoxications²³ », s'alarme le ministère du Travail dès 1924. Dès après le vote des lois sur l'assurance sociale, en 1928 et 1930, plusieurs acteurs s'inquiètent des conséquences de l'attitude des médecins. Parmi eux, le docteur Guy Hausser, membre de la commission supérieure des maladies professionnelles, fondateur de l'Institut syndical pour l'étude et la prévention des maladies professionnelles et de la revue *Archives des maladies professionnelles*, dénonce ainsi en 1938 le fait que « de trop nombreux cas de maladies professionnelles constituent une charge injustifiée pour les assurances sociales, les employeurs n'ayant pas ainsi à supporter des charges supplémentaires négligeraient les mesures de prévention²⁴ ». Les comptes rendus des séances de la commission supérieure des maladies professionnelles rendent compte durant l'entre-deux guerres de plusieurs débats portant sur la nécessité de former les médecins, de les rémunérer pour la rédaction de ces certificats, au regard notamment des « occupations du médecin et le surcroît d'obligations du même ordre que lui donne la nouvelle législation sur les impôts, les assurances sociales, etc.²⁵ », sans aboutir. Ainsi, alors que la cohérence du dispositif de 1919 repose sur leur implication, les médecins ne parviennent pas à jouer le rôle central qui leur est confié par la loi. Il reste bien sûr à interroger les moyens qui leur sont donnés, tant par leur formation que par les modalités pratiques d'inscription de ce rôle dans la pratique médicale, généraliste ou spécialisée.

III.2/ Une tarification qui ne joue pas suffisamment son rôle d'incitation à la prévention

La question du – faible – montant de l'indemnisation en maladie professionnelle (forfaitaire, on le rappelle) constitue un autre obstacle à la déclaration en maladie professionnelle. Ainsi de nombreux acteurs intermédiaires, assistantes sociales et médecins du travail notamment, avouent privilégier l'orientation des assurés vers le dispositif de l'invalidité, souvent plus rémunérateur que celui de la réparation et parce que l'instruction des dossiers s'avère moins complexe que dans le cas des maladies professionnelles. Mais cette stratégie, si elle est bénéfique pour les salariés concernés en leur garantissant un revenu de substitution (la pension d'invalidité), contribue toutefois à délier l'état de santé de ces salariés du travail effectué. Elle trouble ainsi le lien entre réparation et prévention, en déresponsabilisant les employeurs, qui ne supportent plus dans ce cas le coût de la réparation.

La relation entre réparation et prévention est en effet difficilement effective si les employeurs ne ressentent pas financièrement les effets d'une absence de politique de prévention dans leur entreprise ou d'insuffisances. En l'état, la tarification en AT-MP ne parvient guère à les inciter à prévenir le risque plutôt qu'à les réparer. Au contraire, de nombreux acteurs institutionnels s'accordent à reconnaître la faiblesse du dispositif : « L'automobiliste fait le lien entre sa vitesse et le risque d'être flashé et de perdre des points sur son permis ; mais le chef d'entreprise que vous interrogez, n'est souvent pas capable de dire quel est le taux de cotisation appliqué à son établissement et il

n'a généralement pas idée qu'il peut agir sur ce taux en développant une politique ambitieuse de prévention²⁶ », relève ainsi Marc Debas, responsable en 2014 du service tarification à la CNAMTS. Surtout, la forfaitisation du coût des AT-MP, qui s'est développée depuis un décret de 2010, aboutit, selon le juriste Thomas Montpellier, « de moins en moins à faire peser les conséquences du dommage sur son auteur direct²⁷ » et « marginalise considérablement la prise en compte de l'effort de prévention pourtant constamment affirmé ». Dans un rapport de 2018, la Cour des comptes estimait que de nouvelles réformes étaient nécessaires « pour faire jouer à la tarification un rôle plus incitatif dans la prévention des risques professionnels²⁸ ». Il est encore trop tôt pour évaluer l'impact de la dernière d'entre elles, entrée en vigueur en janvier 2023.

D'autres mécanismes contribuent à réduire la portée incitative de la tarification. Dans le cas des cancers professionnels par exemple, des maladies dont le coût social, humain et financier est très élevé, la réparation ne parvient pas à représenter un levier pour la prévention²⁹. En effet, le plus souvent et parce qu'il est difficile d'identifier une et une seule entreprise responsable – au regard du temps de latence des cancérogènes, des contextes de poly-expositions et du morcellement des parcours professionnels –, la prise en charge de ces pathologies n'est pas imputable à un employeur mais, au contraire, est mutualisée à l'ensemble des entreprises, par l'intermédiaire d'un « compte spécial ». Par ailleurs, les transformations des formes de l'emploi, notamment le développement de l'intérim et de la sous-traitance, contribuent également à brouiller les pistes de la responsabilité des employeurs. Les activités les plus exposantes, comme l'entretien et la maintenance, étant souvent les premières à être externalisées, la sous-traitance de ces activités s'assimile sans peine à une sous-traitance des risques. Le secteur nucléaire où la maintenance des centrales relève à plus de 80 % de salariés d'entreprises sous-traitantes – qui supportent le plus gros de l'exposition à la radioactivité – est l'un des exemples emblématiques de ce phénomène³⁰, avec le secteur du BTP où la sous-traitance « en cascade » conduit à masquer la responsabilité des donneurs d'ordre dans la survenue des accidents ou des maladies. Ainsi, comme le rappelle Thomas Montpellier, « croire que la tarification a un impact mécanique sur la prévention repose là encore sur un postulat qui en pratique n'est pas réellement vérifié ».

Au final, les données de la réparation produites chaque année demeurent très éloignées de la réalité des maux du travail. Plus encore, elles sont accusées par plusieurs auteurs d'agir « comme un miroir déformant qui modifie la perception des maladies professionnelles en rendant particulièrement invisibles certaines d'entre elles³¹ ». Elles représentent en effet le « stade ultime d'un ensemble de procédures de déclaration et de reconnaissance³² » qui intègre le travail de définition juridique (la construction des tableaux), le rapport de force entre représentants des salariés et représentants des

26 Actes des débats d'EUROGIP « Inciter les entreprises à prévenir les risques professionnels : quels dispositifs en Europe ? », Paris, 20 mars 2014, cité dans Montpellier Thomas, opus cit., p. 178.

27 Montpellier Thomas, opus cit., p. 21.

28 Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Cour des Comptes, 8 octobre 2018, p. 316.

29 Durand Cécile, Ferré Nathalie, « Responsabilité des employeurs et financement des maladies professionnelles », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 2016, (18-1).

30 Thébaud-Mony Annie, *L'industrie nucléaire : sous-traitance et servitude*, Paris, INSERM/EDK, 2000.

31 Vogel Laurent, « Femmes et maladies professionnelles : une invisibilité construite », in Thébaud-Mony Annie et al. (dir), *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, La Découverte, 2015, p. 116-119.

32 Serge Volkoff, Des comptes à rendre. *Usages des analyses quantitatives en santé au travail pour l'ergonomie*, dossier pour l'habilitation à diriger des recherches en ergonomie, Université de Marne-la-Vallée, 2002, p. 67 et suivantes.

23 Ministère du travail, « Application pendant l'année 1924 de la loi du 25 octobre 1919 sur les maladies professionnelles », *Bulletin de l'inspection du travail et de l'hygiène industrielle*, t. 25, n° 22, 1925, p. 350.

24 CSMP, Procès-verbal de la séance du 25 février 1938, CAC, art 19920443/31.

25 CHI, PV de la séance du 9 janvier 1933, opus cit.

employeurs qui en est à l'origine, auquel s'ajoutent les comportements des acteurs concernés (victimes, médecins, ingénieurs de prévention, médecin-conseil, agents des caisses, etc.) et la durée de la procédure³³. À suivre par exemple le nombre de reconnaissances des tendinopathies professionnelles, on peut remarquer un infléchissement important dans cette courbe entre 2011 et 2012. On aurait cependant tort de considérer que le risque de contracter ces pathologies a pour autant diminué : ce phénomène s'explique avant tout par la redéfinition des critères de reconnaissance dans le tableau 57, restreignant le champ de la réparation. Ces données sont donc à considérer avec grande circonspection au regard de tous leurs biais. C'est pourtant sur cette base que sont définies les priorités des agents des Carsat et de l'inspection du travail en matière de prévention.

Ainsi, le dispositif imaginé par les législateurs en 1919 qui devait relier la réparation à la prévention de la santé des salariés n'est guère opérant, les médecins et les employeurs ne respectant pas, dans leur grande majorité, les obligations leur ayant été confiées par la loi. Plusieurs historiens estiment que la loi de 1919, plutôt qu'encourager la prévention, inaugure au contraire « une ère d'irresponsabilité relative des employeurs³⁴ ». Selon l'ancien président de la chambre sociale de la Cour de cassation, Pierre Sargos, les lois de réparation auraient même « ruiné » la prévention des accidents et des maladies du travail « si heureusement amorcée en 1893³⁵ » avec la première loi concernant l'hygiène et la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels (loi du 12 juin 1893). Depuis cette loi de 1919, les employeurs seraient davantage attentifs à provisionner de quoi financer les éventuels AT-MP survenant dans leur entreprise – désormais envisagés comme des risques inhérents au travail « prévisibles, assurables et calculables³⁶ » – qu'à mettre en place de quoi les éviter. En parallèle, le mouvement syndical, autrefois mobilisé pour obtenir l'interdiction des substances toxiques et l'amélioration des conditions de travail serait désormais davantage inscrit dans un combat pour l'élargissement du champ de la réparation³⁷. En inscrivant en juin 2022 la sécurité et la santé dans les principes et droits fondamentaux au travail³⁸, l'Organisation internationale du travail invite à faire de la prévention des risques professionnels une priorité. L'occasion de réinterroger les liens entre réparation et prévention ?

33 Thébaud-Mony Annie, *La reconnaissance des maladies professionnelles, acteurs et logiques sociales*, Paris, La Documentation française, 1991.

34 Bruno Anne-Sophie et al., « Une santé négociée ou les limites de la gestion assurantielle du risque professionnel : la France au regard d'autres pays industrialisés (XIX^e-XX^e siècles) », dans Courtet Catherine et Gollac Michel (dir.), *Risques du travail, la santé négociée*, La Découverte, 2012, p. 37.

35 Sargos Pierre, « L'évolution du concept de sécurité au travail et ses conséquences en matière de responsabilité », *La semaine juridique, édition générale* n° 4, 22 janvier 2003, p. 121-128.

36 Ewald François, *L'État providence*, Grasset, 1986, p. 17.

37 Devinck Jean-Claude, « La lutte contre les poisons industriels et l'élaboration de la loi sur les maladies professionnelles », *Sciences sociales et santé*, vol. 28, n° 2, 2010, p. 65-93.

38 International Labour Organization, « La Conférence internationale du Travail ajoute la sécurité et la santé aux Principes et droits fondamentaux au travail », <https://www.ilo.org>, 10 juin 2022.

Maintien en emploi : la Sécurité sociale en appui des services de prévention et santé au travail¹

Par **Marion Del Sol**, professeur de droit, Université de Rennes, laboratoire IODE (UMR CNRS 6262)

Rattachée au laboratoire IODE (UMR CNRS 6262), Marion Del Sol est professeur de droit à l'Université de Rennes au sein de laquelle elle co-dirige le Master 2 Droit du travail et de la protection sociale. Ses travaux s'intéressent à la dimension professionnelle et systémique de la protection sociale. Ils ont porté récemment sur les questions d'articulation entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire et la « mise en marché » du risque santé. Ses recherches portent actuellement sur les problématiques de santé au travail et les liens entre santé et emploi (dans le cadre d'un projet ANR consacré à l'employabilité sanitaire).



Résumé

La prévention de la désinsertion professionnelle fait du maintien en emploi une question essentielle pour laquelle les services de prévention et de santé au travail (SPST) se voient reconnaître une place centrale, renforcée par la loi du 2 août 2021. Cette loi conduit également à réaffirmer, dans des termes plus ou moins explicites, la nécessité de mieux articuler les interventions respectives des SPST et de l'Assurance maladie tant pour repérer les risques de désinsertion que pour mettre en œuvre des actions de prévention. Dans ce contexte renouvelé, la Sécurité sociale a vocation à venir en appui des SPST, à accompagner leurs actions en matière de maintien en emploi.

À l'occasion des débats suscités par projet de loi de réformes des retraites, l'augmentation visée du taux d'emploi des seniors a été principalement appréhendée en termes d'accès à l'emploi de cette catégorie de la population active. Mais elle devrait tout autant l'être en termes de maintien en emploi au sens large² car cela participerait de la mise en lumière des enjeux de la lutte contre la désinsertion professionnelle qui ne concernent pas, loin s'en faut, les seuls travailleurs vieillissants. Il existe en effet des corrélations significatives entre problèmes de santé et perte d'emploi.

1 Cet article s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche financé par l'ANR (projet ESQA - l'employabilité sanitaire en questions et en action / ANR 22 CE41 0014).

2 À cet égard, on fera nôtre la définition du maintien en emploi donnée par la Haute Autorité en Santé (HAS) : « processus d'accompagnement des personnes présentant un problème de santé avec un retentissement sur leurs capacités de travail, dans le but de les maintenir durablement en emploi (et pas seulement dans leur poste de travail, ni dans la seule entreprise d'origine) dans des conditions compatibles dans la durée avec leur santé ». HAS, *Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs*, Recommandation de bonne pratique, févr. 2019, p. 12. Pour une vue d'ensemble, S. Fantoni-Quinton, « Insertion et maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap et/ou en risque de désinsertion professionnelle en France », *EMC-Pathologie professionnelle et de l'environnement 2020* ;39(3) :1-14 (article 16-662-A-10).

Ainsi, 95 % des déclarations d'inaptitude médicale au poste de travail se solderaient par un licenciement³. Un salarié arrêté plus de 6 mois perdrait 50 % de chance de retrouver un jour son travail, voire un travail⁴. Certes, comme le précise un rapport de l'IGAS de 2017, « *il n'existe pas de mesure directe du nombre de salariés risquant de perdre leur emploi à court ou moyen terme en raison d'un problème de santé ou d'un handicap* ». Mais « *ce sont vraisemblablement 1 à 2 millions de salariés qui sont exposés à ce risque, soit 5 à 10 % d'entre eux* ». Bien que ses contours soient délicats à dessiner, cette population présentant des vulnérabilités – quels qu'en soient les déterminants – est une réalité tout à la fois d'aujourd'hui et de demain au regard des projections relatives au vieillissement de la population active et de l'augmentation significative des maladies chroniques évolutives qui, compatibles de plus en plus souvent avec l'exercice d'une activité professionnelle, nécessitent une prise en charge médicale de longue durée (cancer, diabète, maladies cardio-vasculaires...).

À défaut d'être une grande cause nationale, le maintien en emploi n'en constitue pas moins une préoccupation présente dans le champ des politiques publiques, voire même une préoccupation croissante. On en trouve des manifestations dans la Stratégie nationale de santé 2018-2022 et dans des plans plus spécifiques relatifs à certaines pathologies (v. notamment le Plan Cancer 2014-2019⁵). Sans surprise, le maintien en emploi occupe une place davantage affirmée, voire même priorisée, dans les Plans Santé au Travail (PST) ainsi que dans les conventions d'objectifs et de gestion (COG) des branches maladie et ATMP de la Sécurité sociale. Ainsi, « *désinsertion et usures professionnelles et maintien en emploi* » constituent l'un des trois axes stratégiques déterminés par le 4^e PST (2021-2025).

La préoccupation du maintien en emploi est désormais assez largement partagée et le déploiement de la lutte contre la désinsertion professionnelle peut s'appuyer sur de nombreux acteurs (intervenants du champ du handicap⁶, services sociaux et médicaux des caisses de sécurité sociale, services de prévention et de santé au travail, voire organismes de protection sociale complémentaire). Pour autant et de façon récurrente, sont pointés le manque de lisibilité d'ensemble ainsi que l'insuffisante coordination d'acteurs fonctionnant encore trop souvent en silo. Or, comme le souligne la Haute Autorité en Santé (HAS), « *la coordination des acteurs intervenant dans le maintien en emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle est indispensable* ». De façon plus précise, la Stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022 appelle à « *davantage structurer le réseau des services de santé au travail, ainsi que leurs relations avec les caisses d'assurance maladie, pour gagner en efficacité dans les politiques de maintien dans l'emploi* ». Hors champ du handicap, il s'agit là en effet des acteurs dont « *l'attelage* » semble le plus essentiel en matière de maintien en emploi.

Dans cet « attelage », les dernières évolutions donnent à voir la centralité des services de prévention et de santé au travail (ci-après SPST) (I), le renforcement des synergies en matière de repérage et de détection des signes avant-coureurs de risque de désinsertion professionnelle (II) et des possibilités, en partie renouvelées, pour l'Assurance maladie de venir en appui des démarches de maintien en emploi (III).

3 Plan Santé au travail 2016-2020

4 Bérard J.-L., Oustric S. et Sellier S., *Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail*, rapport au 1^{er} Ministre, janv. 2019

5 Dans l'objectif de diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle, ce plan affirme la nécessité d'accorder une priorité au maintien et au retour dans l'emploi.

6 Organismes de placement spécialisé (Cap emploi-Sameth) chargés de la préparation, de l'accompagnement, du suivi durable et du maintien dans l'emploi des personnes handicapées (C. trav., art. L. 5214-3-1).

I- LA CENTRALITÉ AFFIRMÉE DES SPST EN MATIÈRE DE MAINTIEN EN EMPLOI

Par certaines de ses dispositions, la loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail⁷ conduit à faire des SPST en quelque sorte le centre de gravité en matière de maintien en emploi allant dans le sens recommandé par l'IGAS de miser en priorité sur ces « *d'acteurs-clefs* » de la sécurisation des parcours professionnels⁸. Plusieurs dispositions juridiques donnent corps à cette centralité (I-1) qui s'appuie sur des éléments de légitimité (I-2).

I.1/ Les marqueurs juridiques de la centralité

C'est par une loi du 20 juillet 2011⁹ que la question du maintien dans l'emploi et de la lutte contre la désinsertion professionnelle a été arrimée aux missions des services de santé au travail. Cependant, il s'est agi à l'époque de rattacher cette question à la mission de conseiller des employeurs, des travailleurs et de leurs représentants confiée à ces services. Avec la loi du 2 août 2021, le maintien en emploi entre de plain-pied dans les missions des SPST comme le matérialise la réécriture du premier alinéa de l'article L. 4622-2 du Code du travail : « *les services de prévention et de santé au travail ont pour mission principale d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. Ils contribuent à la réalisation d'objectifs de santé publique afin de préserver, au cours de la vie professionnelle, un état de santé du travailleur compatible avec son maintien en emploi* ». En d'autres termes, si les SPST doivent toujours conseiller les parties prenantes sur les questions ayant trait au risque de désinsertion professionnelle, ils se voient désormais reconnaître un rôle proactif en matière de maintien en emploi. Dans ce champ, ce changement constitue incontestablement le principal marqueur juridique de la place centrale confiée aux SPST¹⁰.

Des marqueurs juridiques complémentaires donnent corps à ce changement. D'une part, l'offre socle de services obligatoires devant être fournis par chaque SPST à l'ensemble des entreprises adhérentes – et en contrepartie de leur cotisation – doit intégrer des services relatifs à la prévention de la désinsertion professionnelle. Avec ce dispositif de l'offre socle, l'objectif est de proposer non seulement une offre de services centrée sur l'ensemble des missions¹¹, dont le maintien en emploi, mais également une offre harmonisée sur le territoire, quel que soit le SPST auquel l'entreprise adhère¹². D'autre part, la loi du 2 août 2021 fait obligation à tout SPST de se doter d'une cellule pluridisciplinaire de prévention de la désinsertion professionnelle chargée de proposer des actions de sensibilisation, d'identifier les situations indivi-

7 Loi qui « transpose » l'accord national interprofessionnel (ANI) pour une prévention renforcée et une offre renouvelée en matière de santé au travail et conditions de travail du 9 décembre 2020.

8 IGAS, *La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés*, rapport n° 2017-025R, déc. 2017.

9 Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.

10 V. F. Héas, « La désinsertion professionnelle », *Droit social* 2021, pp. 909-913

11 L'offre socle concerne trois missions : la prévention des risques professionnels, le suivi individuel de l'état de santé, la prévention de la désinsertion professionnelle (C. trav., art. L. 4622-9-1). P.-H. Antonmattei, « Les services fournis par les SPST interentreprises à leurs entreprises adhérentes », *Droit social* 2021, pp. 880-884

12 V. décret n° 2022-653 du 25 avril 2022 relatif à l'approbation de la liste et des modalités de l'ensemble socle de services des services de prévention et de santé au travail interentreprises.

duelles et de contribuer à la prise en charge d'actions de maintien en emploi (C. trav., art. L. 4622-8-1). Cette cellule est un marqueur juridique fort de la centralité des SPST car il lui est demandé de remplir ses missions « *en collaboration* » avec les principaux acteurs susceptibles de contribuer, selon des modalités diverses, au maintien en emploi : les professionnels de santé chargés des soins, le service du contrôle médical de la sécurité sociale, les CPAM et les CARSAT, les acteurs présents dans le champ du handicap. Par conséquent, la logique de déploiement de la mission de maintien en emploi des SPST est tout à la fois d'ordre systémique et opérationnel¹³, ce que matérialise en principe le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu par les SPST avec la DREETS et la CARSAT (C. trav., art. L. 4622-10). Ce CPOM doit notamment définir des actions visant à permettre le maintien dans l'emploi des salariés et lutter contre la désinsertion professionnelle et indiquer les moyens mobilisés par les parties, la programmation des actions et les modalités de collaboration pour atteindre des objectifs chiffrés (C. trav., art. D. 4622-45 et 46).

I.2/ Les éléments de légitimité

Couvrant l'ensemble des entreprises du secteur privé et des près de 16 millions de travailleurs qu'elles emploient, les SPST sont incontestablement des acteurs stratégiques en matière de lutte contre la désinsertion professionnelle.

En premier lieu, la mission « historique » de surveillance de l'état de santé des salariés qui leur est confiée situe les SPST au cœur des enjeux du maintien en emploi. Même s'il a été réorganisé assez significativement par la loi Travail de 2016, l'exercice de cette mission permet tant de repérer des fragilités de santé que d'en appréhender les possibles effets sur le maintien au poste de travail, voire en emploi, et d'envisager des mesures individuelles permettant de rendre compatible l'état de santé du salarié avec la poursuite d'une activité professionnelle.

En second lieu, les SPST sont des structures interfaciales entre le salarié en situation de fragilité et l'employeur qui est juridiquement l'acteur-clef du maintien en emploi puisqu'il dispose du pouvoir d'organisation et de décision pour donner suite aux recommandations ou préconisations individuelles. Ce positionnement est essentiel, « *les revues de littérature internationale [montrant] l'efficacité des dispositifs d'accompagnement individuel pour le retour au travail après une longue absence, sous réserve que cette fonction soit confiée à un intervenant interne à l'entreprise ou proche d'elle* »¹⁴. Ce positionnement d'interface présente également un intérêt essentiel lorsque l'on envisage la lutte contre la désinsertion professionnelle dans sa dimension collective au regard de risques liés, notamment, aux caractéristiques et conditions de travail de certains secteurs d'activité.

En troisième lieu, les SPST sont les acteurs présents dans le champ du maintien en emploi qui disposent du plus large spectre de compétences et de personnes ressources à la fois pour détecter les risques de désinsertion, accompagner la démarche de maintien en emploi et coordonner les actions. D'une part, les SPST sont dotés d'un service social. D'autre part, les missions des SPST sont assurées par une équipe pluridisciplinaire comprenant des médecins du travail, des intervenants

en prévention des risques professionnels, des infirmiers ainsi que, le cas échéant, des auxiliaires médicaux disposant de compétences en santé au travail, des assistants de services de prévention et de santé au travail et des professionnels recrutés après avis des médecins du travail (ergonome, psychologue...) (C. trav., art. L. 4622-8). Ces deux éléments relatifs à la composition des SPST sont tout à fait essentiels en matière de maintien en emploi en raison de la dimension plurifactorielle des risques de désinsertion professionnelle et du caractère multimodal de l'accompagnement de la personne.

D'une certaine façon, la composition de la cellule pluridisciplinaire de prévention de la désinsertion professionnelle doit prendre appui sur ces ressources internes. En application de l'article L. 4622-8-1, elle doit être animée et coordonnée par un médecin du travail¹⁵. Le texte législatif n'en dit pas davantage et renvoie au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens le soin de fixer des exigences minimales relatives à sa composition. Cependant, une instruction ministérielle du 26 avril 2022 relative aux modalités de mise en œuvre des cellules – cosignée par le directeur général du travail et le directeur de la CNAM – estime que la présence de certains personnels du SPST doit être favorisée¹⁶ : médecins et infirmiers du travail, assistants du service social, psychologues du travail, ergonomes, chargés de mission maintien en emploi, assistant administratif. Par conséquent, la contractualisation avec la DREETS et la CARSAT sera sans nul doute conditionnée par une composition faisant place à plusieurs domaines de compétence considérés comme complémentaires dans la lutte contre la désinsertion professionnelle.

Pour la Cour des comptes, cette évolution « *devrait conduire l'assurance maladie à ajuster en conséquence son offre de prévention compte tenu du risque de redondance entre ses services et les missions dévolues aux services de prévention et de santé au travail interentreprises* »¹⁷. À tout le moins, certaines dispositions de la loi du 2 août 2021 vont dans le sens d'une articulation renforcée (v. *infra*).

II- LE REPÉRAGE DES FRAGILITÉS : DES SYNERGIES EN VOIE DE RENFORCEMENT

L'évaluation des risques constitue la pierre angulaire de la démarche de prévention en santé au travail. En matière de lutte contre la désinsertion professionnelle, il en va de même de la détection des fragilités susceptibles d'avoir un retentissement sur le maintien en activité. Le repérage, aussi précoce que possible, de ces fragilités constitue donc un enjeu tout à fait essentiel. Il est toutefois malaisé en raison du caractère multifactoriel du risque de désinsertion professionnelle¹⁸. Toutefois, « *l'arrêt de travail (le premier ou non, répété, court ou prolongé) est un point de repérage pertinent*

¹⁵ Ou par un membre de l'équipe pluridisciplinaire du SPST désigné par le médecin du travail et agissant sous sa responsabilité.

¹⁶ Bien qu'aucune précision ne soit apportée sur ce point, la composition des cellules a vocation à être complétée par des représentants des partenaires externes du SPST.

¹⁷ Cour des comptes, *Les politiques publiques de prévention en santé au travail dans les entreprises*, rapport public thématique, déc. 2022, p. 82

¹⁸ Sur ce point, v. HAS, préc. p. 65 qui identifie des facteurs de risques génériques liés au travailleur ou au travail ainsi que des facteurs prédictifs de retour/maintien en emploi dont certains sont spécifiques à certaines pathologies (par exemple, les maladies cardiovasculaires).

¹³ Ainsi, au titre de l'offre socle de services, « *l'objectif est de faire vivre une cellule opérationnelle pour anticiper et accompagner les cas individuels susceptibles de sortir de l'emploi* » (v. décret préc.).

¹⁴ IGAS, 2017 – préc. p. 97

du risque de désinsertion professionnelle »¹⁹. De ce point de vue, « l'attelage » Sécurité sociale/SPST est essentiel (II-1), en particulier pour déclencher une visite de préreprise (II-2); il se trouve renforcé par l'article 19 de la loi du 2 août 2021 (II-3).

II.1/ L'appui nécessaire de la Sécurité sociale au repérage des fragilités

Dans l'exercice de leur mission de surveillance périodique de l'état de santé des salariés, les SPST peuvent détecter des risques, à court ou moyen terme, de désinsertion professionnelle. La HAS propose à cet effet qu'une question systématique puisse être posée par les professionnels des SPST qui assurent ce suivi : « avez-vous (depuis la dernière visite) des difficultés à effectuer votre travail en ce moment en raison de problèmes de santé ? Et si oui, de quelle nature ? Depuis combien de temps ? À quelle fréquence ? » (préc. p. 65). Pour autant, en raison de l'espacement de ces visites dans le temps²⁰, une telle pratique ne permettrait sans doute pas de produire pleinement l'effet recherché, à savoir un repérage en temps utile. De ce point de vue, une plus grande efficacité peut sembler-t-il être attendue de l'aménagement de la visite de reprise après arrêt de travail, de la transformation de la visite de fin de carrière en visite médicale post-exposition ainsi que du déploiement de deux nouveaux dispositifs issus de la loi du 2 août 2021 : la visite de mi-carrière et le rendez-vous de liaison.

Cependant, s'il n'est pas le seul point de repérage des fragilités, l'arrêt de travail n'en constitue pas moins l'un des plus essentiels et pour deux raisons : d'une part, parce que la corrélation entre des arrêts de travail d'une certaine durée ou fréquents et le risque de perte d'emploi est peu contestée; d'autre part, parce que l'arrêt de travail constitue une donnée objective qu'un problème de santé emporte une incapacité temporaire de travail. Or, les SPST – spécialement les médecins du travail – ne sont pas destinataires des certificats d'arrêt de travail, la réglementation ne rendant la transmission de ceux-ci obligatoire qu'à la CPAM et à l'employeur. Aucune information systématique des médecins du travail n'est organisée. Par conséquent, ils peuvent rester dans l'ignorance des arrêts de travail, ignorance temporaire si une visite de reprise doit être organisée à la demande de l'employeur ou pouvant être rompue si une visite de préreprise est sollicitée.

Il est dès lors du plus grand intérêt que les CPAM puissent mobiliser – au bénéfice de l'action des SPST – les informations et données qu'elles détiennent sur les arrêts de travail pour le repérage des risques de désinsertion professionnelle ou, à tout le moins, des facteurs ou indices de tels risques.

¹⁹ HAS, préc. p. 65. Le document relaie également d'une recherche ayant procédé à un suivi de cohorte dont les résultats montrent que les arrêts de travail fréquents et les arrêts de longue durée sont associés à un risque important de perte d'emploi (v. Koopmans PC, Roelen CA, Groothoff JW. *Frequent and long-term absence as a risk factor for work disability and job termination among employees in the private sector*. *Occup Environ Med* 2008;65(7):494-9).

²⁰

II.2/ La contribution de la Sécurité sociale au déclenchement des visites de préreprise

Dans la boîte à outils du maintien en emploi, la visite de préreprise occupe une place particulière. Avant le terme d'un arrêt de travail, elle permet au médecin du travail non seulement de détecter certaines fragilités mais également d'anticiper le retour au travail et les difficultés inhérentes à celui-ci. Comme le précise l'article R. 4624-29 du Code du travail, l'objectif est de « favoriser le maintien en emploi » via des recommandations d'aménagement et adaptation du poste de travail, des préconisations de reclassement ou encore des suggestions de formation professionnelle en vue de faciliter le reclassement du travailleur ou sa réorientation professionnelle (art. R. 4624-30).

Cependant, malgré son évident intérêt, l'organisation d'une visite de préreprise ne présente aucun caractère systématique et n'est pas, contrairement à la visite de reprise, une obligation pesant sur l'employeur. Son organisation suppose une prise d'initiative et c'est à ce stade que la Sécurité sociale peut apporter sa contribution au déclenchement des visites de préreprise. En effet, les services médicaux de l'assurance maladie se voient reconnaître le droit d'initier une telle visite en cas d'arrêt de travail de plus de 30 jours. Par cette initiative, il est mis un terme à l'ignorance du médecin de travail concernant l'existence d'une incapacité temporaire de travail lui permettant d'« entrer en action » dans une logique de retour au travail et, plus largement, de maintien en emploi. En ce sens, l'abaissement de la durée d'arrêt de travail servant de seuil de déclenchement de 3 mois à 30 jours²¹ est à souligner car il participe d'une prise en charge plus précoce des difficultés.

Certes, les services médicaux de l'assurance maladie ne sont pas les seuls instigateurs d'une visite de préreprise, l'article L. 4624-2-4 du Code du travail faisant également place à l'initiative du travailleur lui-même, du médecin traitant et du médecin du travail. Pour autant, ils sont des « prescripteurs » de visite de préreprise tout à fait particuliers car ils sont les seuls à pouvoir procéder à un déclenchement systématisé. En effet, via des requêtes réalisées par les services administratifs des CPAM, ils peuvent avoir connaissance des assurés en arrêt de travail depuis plus de 30 jours. Ce faisant, au regard du cadre juridique actuel, deux options existent théoriquement : la première consiste à avoir une politique de déclenchement direct à partir des données à leur disposition; la seconde option conduirait à préférer un déclenchement indirect en informant les médecins du travail des arrêts de travail mais laissant à ces derniers le choix d'initier eux-mêmes une visite de préreprise en fonction des données connues par le SPST concernant les salariés (données de santé et données relatives au poste et aux conditions de travail). Il semblerait que les pratiques soient assez diverses d'un organisme à l'autre, ce que le nouveau cadre issu de la loi du 2 août 2021 cherche manifestement à éviter (v. *infra*).

²¹ Décret n° 2022-372 du 16 mars 2022.

II.3/ L'instauration par la loi du 2 août 2021 d'un cadre ambitieux

À l'occasion du vote de la loi du 2 août 2021, ont été jetées les bases d'une coopération systématisée entre la Sécurité sociale et les SPST en matière de repérage et signalement des risques de désinsertion professionnelle. À noter que le cadre posé par l'article 19 de la loi n'entrera en vigueur qu'au 1^{er} janvier 2024 car sa mise en œuvre suppose un avis de la CNIL, puis l'adoption d'un décret en Conseil d'État.

Même cela n'est pas exprimé en ces termes, le nouvel article L. 315-4 du Code de la sécurité sociale met à la charge de la Sécurité sociale une obligation de transmission aux SPST « *des informations relatives aux arrêts de travail* » devant permettre à ceux-ci d'agir, aussi précocement que possible, en matière de maintien en emploi. Cette obligation concerne « *les arrêts de travail de l'assuré qui ont été adressés à l'organisme lui servant des prestations à ce titre [qui] remplissant des conditions fixées par décret ou [qui] font apparaître un risque de désinsertion professionnelle* ». S'agissant du premier cas de figure, le texte réglementaire fixera très probablement un seuil de déclenchement exprimé en durée minimale d'arrêt de travail (données de nature administrative). En revanche, concernant la seconde hypothèse, il sera sans doute renvoyé à une appréciation du risque de désinsertion reposant – au moins en partie – sur des données d'ordre médical puisque l'article L. 315-4 évoque une transmission pouvant émaner tant de la CPAM que du service du contrôle médical. Or, pour rappel, les médecins qui prescrivent des arrêts de travail sont tenus de mentionner sur les documents destinés au service du contrôle médical « *les éléments d'ordre médical justifiant l'interruption de travail* » (CSP, art. L. 162-4-1, 1^o).

Le cadre posé est ambitieux. Il confie explicitement à la Sécurité sociale un rôle-pivot dans la détection, via l'exploitation des données relatives aux arrêts de travail qu'elle détient, des risques de désinsertion professionnelle. Ce rôle-pivot fait écho à la création des cellules pluridisciplinaires de prévention de la désinsertion professionnelle dont on peut penser qu'elles sont les destinataires des informations, au-delà des SPST. La structuration de l'action des SPST en matière de maintien en emploi doit permettre de donner un plein effet utile à cette nouvelle obligation de transmission²² dont le déploiement, grâce au cadrage réglementaire à venir, devrait se faire de façon relativement homogène.

III- LES DISPOSITIFS MOBILISABLES PAR ET AVEC L'ASSURANCE MALADIE

En miroir du nouvel article L. 315-4 du Code de la sécurité sociale (v. supra), la loi du 2 août 2021 met à la charge du SPST, à compter du 1^{er} janvier 2024, une obligation d'informer la Sécurité sociale « *lorsqu'il accompagne des travailleurs qui ont fait l'objet de la transmission d'informations* » relatives à leur arrêt de travail; sous réserve de l'accord du travailleur, « *il transmet des informations relatives au poste et aux conditions de travail de l'intéressé* » (C. trav., art. L. 4622-1)²³. Quand bien même la

²² L'article L. 315-4 conditionne la transmission à l'accord de l'assuré. Quant au décret à venir, il devra préciser le contenu des informations transmises et les conditions de la transmission, réalisée de façon dématérialisée, qui peut mettre en jeu la question du partage du secret médical.

²³ Les destinataires de l'information sont le service du contrôle médical, les CPAM, les CARSAT et le service social des CARSAT. Quant aux modalités de transmission, elles seront définies par un décret non encore paru à ce jour.

Sécurité sociale n'est pas l'acteur central en matière de lutte contre la désinsertion professionnelle, de telles informations n'en présentent pas moins un intérêt pour l'Assurance maladie dans la mobilisation de certains dispositifs pouvant accompagner une démarche de maintien en emploi. Selon diverses modalités, l'Assurance maladie a vocation à être le « *partenaire privilégié* » des cellules pluridisciplinaires des SPST (instruction du 26 avril 2022, préc.). Le regard portera dans les développements à suivre sur les dispositifs dont le financement peut être, au moins partiellement, assuré par l'assurance maladie. Certains visent à remobiliser le salarié pendant son arrêt de travail (III-1). D'autres sont des outils inscrivant l'action de la Sécurité sociale dans une logique d'activation de ses ressources en faveur de la lutte contre la désinsertion professionnelle et conduisant au dépassement de sa mission d'assureur (social) (III-2).

III.1/ Les outils de remobilisation du salarié pendant l'arrêt de travail indemnisé

Depuis la LFSS pour 2011, l'indemnisation de l'arrêt de travail est compatible avec le suivi d'actions de formation professionnelle continue ou encore d'actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil (CSS, art. L. 323-3-1). S'est ainsi trouvée ouverte la possibilité d'une remobilisation pendant un arrêt de travail indemnisé²⁴, d'une sorte de convalescence active, supposant l'accord du médecin traitant et du médecin-conseil.

Les actions de formation professionnelle continue visées ici sont celles qui concourent au développement des compétences prévues par l'article L. 6313-1 du Code du travail : actions de formation, y compris par apprentissage, bilans de compétences et actions de VAE. D'une certaine façon, il s'agit d'initier un parcours de reconversion par la formation dans le cadre d'un projet de maintien en emploi.

En revanche, jusqu'à récemment, l'article L. 323-3-1 ne donnait aucune précision sur la nature des actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil. Désormais et sous l'effet de l'article 28 de la loi du 2 août 2021, le texte vise expressément l'essai encadré au titre des actions d'accompagnement donnant une visibilité nouvelle à un outil déployé depuis assez longtemps par l'Assurance maladie. Le cadre juridique en a été précisé par un décret du 16 mars 2022. Il s'agit d'un dispositif dit de remobilisation précoce devant permettre au salarié « *d'évaluer, pendant l'arrêt de travail, au sein de son entreprise ou d'une autre entreprise, la compatibilité d'un poste de travail avec son état de santé* » (CSS, art. D. 323-6). La durée de l'essai encadré ne peut excéder quatorze jours ouvrables, renouvelable dans la limite d'une durée totale de vingt-huit jours ouvrables, période pendant laquelle le salarié continue de percevoir les indemnités journalières ainsi que le complément indemnitaire mis à la charge de l'employeur par le droit du travail (C. trav., art. L. 1226-1).

Avec cette codification, l'essai encadré a vocation à devenir l'outil-clé de remobilisation pendant l'arrêt de travail pour un maintien en emploi à relativement court terme (contrairement aux actions de formation professionnelle continue pour lesquelles la perspective de maintien en emploi est plus lointaine). Le cadre de déploiement posé par voie réglementaire est aligné sur la place à venir de l'essai encadré. En particulier, il donne à voir les articulations voulues avec les SPST : d'une part, après évaluation

²⁴ Sous réserve que la durée de l'action de remobilisation envisagée soit compatible avec la durée prévisionnelle de l'arrêt de travail.

globale de la situation par le service social de la CARSAT, le médecin du travail qui assure le suivi du salarié doit donner son accord en complément de ceux du médecin traitant et du médecin-conseil ; d'autre part, l'article D. 323-6-3 fait du SPST un des possibles « prescripteurs » de l'essai encadré. On peut penser que les cellules pluridisciplinaires de prévention de la désinsertion professionnelle seront spécialement force de proposition en matière d'essai encadré, outil entrant désormais pleinement dans la « boîte à outils », partagée avec l'Assurance maladie, du maintien en emploi. Sa mobilisation peut s'avérer particulièrement pertinente lorsqu'un risque d'inaptitude au poste est prévisible car cela peut permettre d'anticiper – en amont de la visite de reprise – une recherche de reclassement dans l'entreprise employeuse²⁵. En effet, l'essai prend la forme d'une mise en situation sur un poste (nouveau poste ou poste aménagé), suivie par un tuteur au sein de l'entreprise et au terme de laquelle un bilan est réalisé par le tuteur en lien avec le salarié, puis communiqué au médecin du travail.

III.2/ Les outils d'activation financière en accompagnement du maintien ou du retour à l'emploi

Certains outils du maintien en emploi se situent dans une logique d'activation des ressources financières de l'Assurance maladie qui met à distance sa qualité d'assureur (social). En effet, avec ces dispositifs, les ressources sont mobilisées au-delà, voire même en-dehors, des conditions ouvrant droit à indemnisation au titre de l'incapacité temporaire de travail et inscrivent l'Assurance maladie comme un acteur à part entière en matière de lutte contre la désinsertion professionnelle.

Parmi ces outils, les plus connus sont le temps partiel pour motif thérapeutique (branche Maladie – CSS, art. L. 323-3) et le travail aménagé ou à temps partiel (branche ATMP – CSS, art. L. 433-1). Leur vocation initiale était de faciliter le retour à l'emploi après une période d'arrêt de travail indemnisé en aménageant le temps ou la charge de travail et en « continuant » le versement des indemnités journalières en compensation de la réduction du temps de travail. Aujourd'hui, l'ambition de ces dispositifs est plus large puisque les indemnités journalières peuvent être servies lorsque l'aménagement du temps de travail est envisagé dans une logique de maintien en emploi comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé ou la guérison ou la consolidation de la blessure (ATMP). Il ne s'agit pas alors de verser des indemnités journalières « continuées » mais de contribuer à financer directement le maintien en emploi et ce pendant une durée pouvant être significative²⁶. Ces dispositifs sont prescrits par le médecin traitant. Mais, au-delà de cette prescription initiale, l'organisation pratique est une problématique de droit du travail qui ne fait toutefois l'objet d'aucune disposition spécifique dans le Code du travail. En application des dispositions générales régissant les questions de santé au travail, la mise en œuvre du temps partiel

ou du travail aménagé doit être envisagée d'un commun accord entre l'employeur, le médecin du travail et le salarié. On peut également penser que, dans le cadre des futurs CPOM, une attention particulière sera portée à une démarche articulée entre les cellules pluridisciplinaires des SPST et l'Assurance maladie dans le souci d'optimiser cet important et pertinent levier d'action.

Par ailleurs, la loi du 2 août 2021 élargit les possibilités de mobilisation de la convention de rééducation professionnelle en entreprise (CRPE), jusqu'alors conditionnée à une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé. Désormais, peuvent également en bénéficier les salariés déclarés inaptes ou « *pour lesquels le médecin du travail a identifié, dans le cadre de l'examen de préreprise [...], un risque d'inaptitude* » (C. trav., art. L. 5213-3-1). Bien que son objet ne soit pas précisément par les textes, la CRPE constitue véritablement un dispositif de lutte contre la désinsertion professionnelle²⁷ visant soit à une rééducation au métier, soit à une reconversion, dans l'entreprise d'origine ou dans une autre entreprise, via l'acquisition de nouvelles connaissances et/ou savoir-faire nécessaires à l'exercice d'un nouveau métier. Il s'agit là aussi d'un dispositif ambitieux pouvant s'étaler sur une durée maximale de 18 mois et nécessitant la conclusion d'une convention entre l'employeur, le salarié et la Sécurité sociale (CPAM ou CARSAT). En effet, celle-ci est partie prenante au financement – sous forme de versement d'indemnités journalières – comme le prévoit expressément l'article L. 323-3-1 du Code de la sécurité sociale tel que modifié par la loi du 2 août 2021. Comme pour le temps partiel ou aménagé, un déploiement davantage systématisé de la CRPE ne pourra se concevoir qu'en partenariat avec les SPST qui sont l'interface avec l'employeur dont la mobilisation est également nécessaire pour un maintien en emploi pérenne.

²⁵ Un essai encadré peut également être réalisé dans une autre entreprise. Mais la mise en œuvre s'avèrera sans nul doute plus compliquée.

²⁶ Le service des indemnités journalières en cas de travail aménagé ou à temps partiel (cadre ATMP) n'est pas limité dans sa durée. Pour le temps partiel thérapeutique, est en revanche fixée une durée maximale d'indemnisation d'un an au-delà du délai de 3 ans prévu à l'article R. 323-1. En d'autres termes, en cas d'ALD, la durée maximale est d'un an au-delà des 3 ans d'indemnités journalières « classiques » ; hors hypothèse d'ALD, la durée maximale est théoriquement d'un an après épuisement de la 360ème indemnité journalière « classique ».

²⁷ Ici, il s'agit de raisonner par analogie avec la « doctrine » de la Sécurité sociale relative aux contrats de rééducation professionnelle en entreprise que la loi du 2 août 2021 inscrit dans le Code du travail sous la nouvelle dénomination de convention de rééducation professionnelle en entreprise.

S'impliquer dans une démarche de prévention

Par **Jean-Pierre Aquino**, Gériatre et médecin de santé publique



Gériatre et médecin de santé publique, Professeur au Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris, Délégué général de la Société Française de gériatrie et gérontologie et d'ILC France. Vice-président de l'Agence du numérique en santé depuis 2021, ancien directeur médical de l'Hôpital la Porte Verte à Versailles, Président du Plan national Bien vieillir (2007-2010), auteur du rapport « Anticiper pour une autonomie préservée » (2013), coordinateur du « Plan national de prévention de la perte d'autonomie » (2015), membre de la mission Libault « Concertation grand âge et autonomie » (2018), Vice-président du groupe « Prévention », ancien administrateur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse de 2018 à 2022.

Résumé

Les projections démographiques en 2050 plaident pour une véritable politique de prévention au cours de l'avancée en âge, avec un déploiement le plus large possible. Trois acteurs sont impliqués : les décideurs par la définition des orientations stratégiques, les opérateurs par la mise à disposition d'actions et bien sûr les usagers par leur implication. Concernant les usagers eux-mêmes, comment augmenter leur appropriation de la démarche préventive. L'idéal serait d'être en mesure de proposer une prévention personnalisée afin de convaincre le plus grand nombre. Quelles sont les stratégies disponibles pour atteindre cet objectif ?

La prévention joue un rôle déterminant en santé. En gérontologie, elle doit permettre au plus grand nombre de vieillir dans les meilleures conditions possibles. Cette stratégie est mobilisatrice et consensuelle.

Dans ce domaine, des progrès, validés sur le plan scientifique, ont été réalisés ces dernières années. Il est important qu'ils puissent bénéficier au plus grand nombre. La diffusion de stratégies préventives repose sur trois acteurs : les décideurs par la définition des orientations stratégiques, les opérateurs par la mise à disposition d'actions et bien sûr les usagers par leur implication.

I- LA PRÉVENTION : UNE BRÈVE HISTOIRE DES ORIENTATIONS DES POLITIQUES PUBLIQUES

Cette brève histoire montre les évolutions observées dans la conception de la prévention en gérontologie, ce qui permet d'en définir le cadre. Dans l'appel à projets « bien vieillir », lancé par le ministère de la santé au début des années 2000, les thèmes essentiels et prioritaires concernaient l'activité physique et l'équilibre alimentaire.

Le plan national Bien vieillir 2005-2009 vient ajouter un complément important, le lien social.

La loi d'adaptation de la société au vieillissement de 2015 va plus loin encore puisqu'elle associe l'environnement dans la dynamique préventive.

C'est bien une prévention globale – médico-psycho-sociale et environnementale – qui doit être promue et organisée pour la population concernée. La notion de parcours de prévention doit être présente. Une telle orientation, optimale en soi, rend son application pratique et son évaluation difficiles.

Il faut noter que, depuis quelques années, la technologie s'est emparée du domaine de la prévention avec des applications de plus en plus nombreuses.

Trois programmes d'actualité retiennent l'attention.

Le programme ICOPE est déployé en France pour favoriser le vieillissement en bonne santé et le maintien de l'autonomie. Ce programme, validé par l'OMS, a été développé et lancé en France en octobre 2019 par le Gérontopôle de Toulouse, centre collaborateur OMS1. À la suite de deux AMI, neuf territoires sont impliqués dans le repérage de la fragilité, ainsi que d'autres sites avec un soutien ARS.

Le plan antichute des personnes âgées est porté par le ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. Avec plus de 100 000 hospitalisations et près de 10 000 décès par an, les chutes des personnes âgées entraînent des conséquences physiques, psychologiques et sociales. Elles marquent une rupture dans la vie des individus et une perte d'autonomie. L'objectif du plan est de réduire de 20 % d'ici 2024 la mortalité par chute chez les personnes âgées de 65 ans et plus².

Ma Prime Adapt' est une aide financière d'Etat qui va permettre d'adapter les logements des personnes âgées de plus de 70 ans à leurs nouveaux besoins en lien avec le vieillissement. Elle entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2024. Cette aide, à visée préventive, a pour objectif de favoriser le maintien à domicile des seniors en toute sécurité.

Ces trois exemples montrent bien que la démarche préventive doit être globale, dépassant les aspects médicaux traditionnels, tout en les incluant.

II- ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

« Le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus va exploser d'ici 2050 pour atteindre 4,8 millions de personnes contre un peu plus de 2 millions aujourd'hui. En parallèle les personnes âgées de 75 à 84 ans, ceux que l'on pourrait qualifier de « valides mais fragiles » pourraient voir leur nombre augmenter de 47 % entre 2020 et 2030 passant de 4 à 6 millions de personnes ». Ces données démographiques rapportées dans le rapport du Haut-Commissariat au plan et du *Think tank* « Matières grises »³

1 Neda Tavassoli, Philippe de Souto Barreto, Caroline Berbon, Celine Mathieu, Justine de Kerimel, Christine Lafont, Catherine Takeda, Isabelle Carrie, Antoine Piau, Tania Jouffrey, Sandrine Andrieu, Fatemeh Nourhashemi, John R Beard, Maria Eugenia Soto Martin, Bruno Vellas. Implementation of the WHO integrated care for older people (ICOPE) programme in clinical practice: a prospective study. *www.thelancet.com/healthy-longevity* Vol 3 June 2022

2 <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/prevention-des-chutes-des-personnes-agees-un-plan-pour-les-reduire-de-20-dici-2024>

3 <https://www.gouvernement.fr/quand-les-babyboomers-auront-85-ans>

doivent inciter fortement les pouvoirs publics à s'emparer d'une véritable politique de prévention au cours de l'avancée en âge, avec un déploiement le plus large possible.

Différents organismes (caisses de retraite, mutuelles, associations, dispositifs médico-sociaux, start-ups...) proposent des actions de prévention destinées aux retraités. Les Conférences départementales des financeurs permettent un déploiement de projets sur l'ensemble du territoire national. Mais, le rapport de la Cour des comptes⁴ souligne la dispersion des intervenants. Cette dispersion prive cette politique pourtant consensuelle sur le fond de ses effets opérationnels. Aussi est-il important de mieux structurer la prévention car elle est actuellement dispersée et inégalitaire.

Dans l'intitulé du portefeuille du ministre de la Santé, le mot « prévention » y figure, avec en particulier l'annonce de bilans de prévention, même s'ils ne sont pas prévus au-delà de 65 ans.

Si la volonté politique est nécessaire et si les organisations doivent être optimisées, on note que les différentes stratégies proposées aux usagers se heurtent à l'existence d'un « plafond de verre », privant certains d'entre eux d'une plus grande participation aux actions de prévention. Pourtant, s'il n'est jamais trop tôt pour commencer, il n'est jamais trop tard pour s'impliquer.

Aussi comment augmenter leur souhaitable implication lors de la proposition d'actions individuelles et/ou collectives ? Pour répondre à cette question, il est essentiel de disposer de preuves de l'efficacité de ces actions et de comprendre comment une personne prend une décision, à la suite d'une proposition d'offre de prévention.

III- L'ÉVALUATION DES PRATIQUES DE PRÉVENTION

Il est important de faire la preuve scientifique des actions de prévention conduites dans la population. C'est la question de l'évaluation qui est posée. La mise à disposition de ces résultats aux personnes souhaitant s'impliquer dans une démarche préventive est un atout pour les convaincre de l'intérêt de leur engagement.

L'état des connaissances scientifiques sur les interventions validées et prometteuses, qui favorisent le vieillissement en bonne santé auprès de la population générale de 55 ans et plus, autonome et vivant à domicile, a progressé⁵. La recherche a contribué à identifier 10 types d'interventions probantes permettant d'impacter l'état de santé des personnes âgées et/ou un déterminant majeur du vieillissement.

Parmi elles, six sont des interventions de prévention universelles s'adressant à toutes les personnes âgées sans risque particulier : les programmes d'exercices physiques, les interventions psychocorporelles, les interventions de stimulation cognitive, les interventions intergénérationnelles, les interventions s'appuyant sur les technologies de l'information et de la communication et les interventions culturelles.

Trois interventions ciblent une population présentant un risque sanitaire et/ou social : les visites à domicile, les groupes d'activités et d'entraide et les interventions d'aide alimentaire.

4 Le rapport de la Cour des Comptes : la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Construire une priorité partagée (2021) : www.ccomptes.fr

5 Béatrice Lamboy, Nadine Cotton, Emmanuelle Hamel « Synthèse sur les interventions probantes favorisant le vieillissement en bonne santé », *Gérontologie et société* 2019/3 (vol. 41 / n° 160)

Enfin, les interventions de conseil ont fait leur preuve, aussi bien dans le cadre d'une prévention universelle que d'une prévention ciblée.

Cette approche scientifique de l'évaluation doit être prise en compte par les financeurs, afin que leur soutien soit apporté à des stratégies ayant fait leur preuve.

IV- PRENDRE UNE DÉCISION

Face à l'offre de prévention, bénéficiaire de la bonne information c'est bien, mais c'est insuffisant. Être convaincu c'est mieux. Passer à l'acte c'est effectivement encore mieux. « *Savoir ce qu'il faut faire ne veut pas dire forcément qu'on va le faire* » rappelle Cédric Grouchka, président de la commission impact des recommandations (CIR) de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Plusieurs données concernant les usagers sont à prendre en compte : leurs caractéristiques socio-économiques et leur niveau socioculturel, leur état de santé, leur volonté d'autogérer leur propre santé ou l'absence de motivation, voire une résignation. Le choix de chacun se décide aussi par rapport à différentes offres concurrentielles et leur accessibilité.

Mais c'est bien le comportement individuel face à l'offre de prévention qui joue le rôle le plus déterminant : le choix entre un plaisir immédiat et les éventuelles conséquences plus tardives – la difficulté à se projeter dans l'avenir – la tendance à reproduire toujours les mêmes comportements, même ceux qui ne sont pas bénéfiques pour la santé.

Cette prise de décision est influencée par la cognition, par la raison et par l'émotion. Elle est aussi placée sous l'influence du contexte social et environnemental. Schématiquement on peut dire que deux systèmes participent à une prise de décision : un système automatique, sans effort, basé sur l'émotion et un système lent, délibératif, s'appuyant sur la logique.

D'autres données sont à prendre en compte. Elles concernent l'émetteur de propositions de prévention. Quelle est la qualité de la communication et de l'offre de prévention proposée ? Aussi, comment mieux communiquer avec les retraités ? Comment faire pour toucher une population réticente, une population en situation de précarité ? Disposer d'un argumentaire adapté avec pour objectif de « faire bouger les lignes » : c'est le champ des sciences comportementales.

V- LES SCIENCES COMPORTEMENTALES

Il faut signaler l'avis favorable donné par l'OMS en 2022 pour que la contribution des sciences comportementales soit utilisée dans le domaine de la santé. L'OMS a intégré des approches issues des sciences sociales et comportementales dans plusieurs domaines de la santé publique (le VIH, la tuberculose, l'hépatite, la santé sexuelle...)⁶. Pendant la COVID 19, les gouvernements ont dû persuader les populations d'accepter et d'adopter durablement de nouveaux comportements et à faire confiance au vaccin⁷.

6 OMS - 75^e assemblée mondiale de la santé a A/75 avril 2022 Initiatives de renforcement des sciences comportementales au service de la santé Rapport du directeur général

7 Understanding the behavioural and social drivers of vaccine uptake - WHO position paper (2022)

Les sciences comportementales peuvent être intégrées dans la plupart des thèmes de santé publique et contribuent à des progrès plus rapides.

La HAS travaille à intégrer les sciences comportementales dans ses recommandations destinées aux professionnels, leur simple publication ne garantissant pas leur utilisation⁸.

Il est proposé de s'intéresser aux facteurs déterminant les comportements, ainsi qu'aux freins et aux leviers.

Les leviers. Le choix d'un moment privilégié favorise l'attention de l'utilisateur : ainsi, la période de la grossesse ou de la prise de la retraite.

Le biais du temps présent permet de rendre tangible et immédiat les avantages de demain. Le spot incitant à la vaccination du ministère de la Santé et de Santé Publique France pendant la Covid est un bon exemple. Une retraitée, assise dans son canapé, aperçoit ses petits enfants qui entrent dans son domicile. Ils se jettent dans ses bras, alors qu'en fait, elle est en train d'être vaccinée. Cette vaccination lui permettra de recevoir ses petits-enfants.

Un logo explicatif avec un slogan retient l'attention : « les antibiotiques, ce n'est pas automatique » ; « cinq fruits et légumes par jour » ; « je baisse j'éteins, je décale ».

Les freins. Plusieurs biais viennent interférer. Le biais du temps présent : le plaisir est immédiat « *carpe diem* », alors que le risque hypothétique est pour plus tard.

Le biais de la sur-confiance est souvent présent. On se surestime « *je ne serai pas malade* » « *la maladie, ce n'est pas pour moi* ».

Repousser au lendemain la prise d'une bonne décision : c'est le biais du statu quo, avec la procrastination.

Le manque de confiance envers une action proposée a bien évidemment une incidence dans la prise de décision, surtout si l'environnement n'est pas contributif.

Toutes ces situations se retrouvent dans l'économie comportementale. Elle a pour objectif de constater et de comprendre le comportement non rationnel de l'individu dans une situation de prise de décision. Le champ de la recherche traitant de la modification des comportements s'est enrichi du concept de *nudge*. C'est un procédé incitatif dont le but est d'inciter un individu à agir d'une certaine manière, sans jamais chercher à le contraindre, afin d'adopter un comportement vertueux.

L'évaluation des effets des *nudges* et de leur impact doit être développée⁹. Plusieurs exemples peuvent être rapportés. La vaccination antigrippale voit son taux de vaccination augmenter de 30 % par un simple courrier de rappel. Un rendez-vous médical est mieux respecté s'il est noté de la main de l'utilisateur sur une carte de rendez-vous. Un repositionnement stratégique des produits vendus dans un commerce alimentaire permet d'augmenter les ventes des produits plus sains, sans pour autant baisser celle des produits déconseillés. Mais les études d'impact sont difficiles à conduire, expliquant des résultats parfois nuancés. Quoiqu'il en soit, il ne faut pas considérer les *nudges* comme étant la panacée en santé publique, mais plutôt comme des outils utiles pouvant s'intégrer dans des programmes d'actions ciblées.

8 Haute Autorité de santé Rapport d'activité 2021 – Commission impact des recommandations

9 Le nudge : outil efficace ou effet de mode - Magazine de l'Inserm numéro 51 (2021)

VI- LA CO-CONSTRUCTION DES INTERVENTIONS

« Nihil nobis sine nobis » - rien sur nous sans nous - ce slogan sert de base à la co-construction.

La mise à disposition d'une stratégie doit s'appuyer au préalable sur l'implication des usagers concernés. C'est la démarche de co-construction qui vise à l'inclusion de tous les acteurs impliqués dans le processus d'élaboration de projets. Il faut organiser un cercle vertueux constitué des usagers et des professionnels de la santé et de l'accompagnement, des chercheurs, des industriels et des pouvoirs publics.

C'est la méthode proposée par les living-labs ou laboratoires vivants dont l'objectif est de tester en « grandeur nature » des technologies, des services ou des usages nouveaux¹⁰. Il s'agit de sortir la recherche des laboratoires pour la faire entrer dans la vie de tous les jours. La participation des usagers – avec leurs remarques et leurs propositions – confère à l'action ou au produit ainsi traité des caractéristiques qui faciliteront l'appropriation par le plus grand nombre.

Les actions de prévention ne doivent pas échapper pas à la co-construction. C'est une garantie d'adéquation entre le besoin, la réponse et son appropriation par l'utilisateur.

Au-delà de la co-construction, la notion d'ambassadeur vient apporter une contribution supplémentaire. Il s'agit d'usagers convaincus du bien-fondé de la prévention dont ils ont bénéficié et qui s'impliquent dans une démarche testimoniale. Ils viennent rencontrer des retraités dans les associations pour leur expliquer la démarche et son intérêt. Cet « aller vers » est d'autant plus pertinent que « les retraités parlent aux retraités ».

Au-delà de la co-construction, on peut faire état du Conseil National autoproclamé de la Vieillesse, le Cnav. Lancé en 2021, c'est un collectif de personnalités issues du monde de la culture, associatif, médical qui interpellent la société sur la vieillesse, afin que les politiques s'en emparent. « Composé de vieux, de très vieux, mais aussi de la génération précédente, de « boomers », qui portent le flambeau et font valoir une parole qu'on n'entend pas habituellement ». Ce sont « les vieux » qui parlent d'eux-mêmes et expriment leurs besoins.

VII- SUR LE CHEMIN D'UNE PRÉVENTION PERSONNALISÉE

La personnalisation d'une action de prévention représente une démarche intéressante qui doit être appliquée chaque fois que possible. C'est un facteur qui va faciliter la démarche d'appropriation par l'utilisateur qui se sent considéré par le « sur-mesure », par des réponses adaptées à ses besoins identifiés. La biologie, les technologies et le numérique font maintenant partie de ce paysage et contribuent à cette personnalisation. Plusieurs moyens ou méthodes y contribuent.

¹⁰ Dimitri Voilmy « Les living labs et la conception participative : l'exemple d'ActivAgeing » – Retraite et société 2016/3 (N°75), pages 125 à 136

VII.1/ La médecine prédictive

Être en mesure de prévoir la survenue de problèmes de santé représente une démarche intéressante, car évidemment utile par une intervention en amont devenue possible. La médecine prédictive cherche à connaître à l'avance le risque de maladies pouvant se déclarer chez une personne avant l'apparition des premiers symptômes : diabète, cancer, maladie d'Alzheimer.

Selon Jacques Ruffié¹¹, « cette médecine d'avenir doit permettre de connaître le capital santé que chacun doit ensuite apprendre à gérer pour bien vieillir ». L'objectif est d'éviter l'apparition de certaines maladies, au moins de s'y préparer. Il suscite des espoirs.

La médecine prédictive s'appuie sur la génétique par le séquençage du génome, mais aussi sur diverses sources de données : antécédents familiaux, analyses biologiques, facteurs liés au mode de vie, expositions environnementales. Ces données sont ensuite introduites dans des modèles mathématiques qui génèrent un score de risque pour chaque personne. L'intelligence artificielle lui permet d'affiner sa performance au fur et à mesure des résultats obtenus. Il sera possible, dans un avenir proche, de dire à tout un chacun quel est son risque de développer, par exemple, un cancer.

Attention, la médecine prédictive ne donne qu'un profil de risques ou qu'une probabilité. Ce n'est pas parce que le profil indique qu'un patient a une chance plus élevée que la moyenne de développer un cancer qu'il va obligatoirement le développer. Mais il pourra alors bénéficier d'une surveillance adaptée.

VII.2/ Une meilleure connaissance de soi

Aussi appelée auto-mesure connectée ou quantification de soi, cette pratique (dite « *quantified self* ») permet une meilleure connaissance de soi apportée par des capteurs (bracelets, montres, podomètres, smartphones, balances connectées...) Elle peut être considérée par certains comme un effet de mode. En fait, par la mise à la disposition de l'utilisateur de ses propres caractéristiques (nombre de pas réalisés, fréquence cardiaque, qualité du sommeil, tension artérielle...), elle est en mesure d'influencer positivement l'individu dans la recherche d'un comportement vertueux. Selon les programmes, le bénéficiaire peut être félicité, encouragé à poursuivre ses efforts. Une dynamique porteuse est ainsi à sa disposition. Mais attention aux dérives potentielles sur l'accès aux données ainsi colligées.

VII.3/ Les jumeaux numériques.

Un jumeau numérique se définit comme une représentation virtuelle d'un système tel qu'un organe ou un processus de soins. L'articulation de jumeau numérique avec des simulations réalisées dans le monde réel semble une piste prometteuse pour prévenir les risques¹². Dans le domaine de la prévention ne pourrait-on pas imaginer

¹¹ Naissance de la médecine prédictive - Jacques Ruffié, Editions Odile Jacob (1993)

¹² Sandra Bertezene Le jumeau numérique en santé - Médecine/sciences 2022 ; 38 : 663-8

la projection dans le futur de la situation d'une personne avec ses caractéristiques médicales, sociales et environnementales ? Cette photographie du futur ne serait-elle pas une incitation à modifier certains de ses comportements ?

VII.4/ Mon espace santé.

« Vous avez la main sur votre santé ». L'espace de santé numérique individuel est mis à disposition par l'Etat et l'Assurance Maladie depuis janvier 2022. Il permet à chaque citoyen de stocker ses informations médicales et de les partager avec les professionnels de santé qui le soignent. Chaque Français devient pleinement acteur de sa santé. Cette personnalisation devrait permettre une meilleure gestion de la santé des bénéficiaires.

L'espace de santé accueille le dossier médical partagé (DMP) qui regroupe les traitements, les résultats d'examens, les antécédents, les comptes-rendus d'hospitalisation, l'agenda santé avec des rappels personnalisés, la messagerie sécurisée, l'accès à des applications utiles pour la santé, certifiées par l'Etat pour être mieux guidé dans le suivi de sa santé¹³. Tous ces éléments doivent inciter les usagers à ouvrir leur espace personnel. Fin février 2023, environ 7,9 millions de dossiers ont été ainsi ouverts. Mais sont-ils documentés et utilisés ?

VII.5/ Le rôle de la télé-expertise et des plateformes de télé-conseils

Ces plateformes s'impliquent dans la prévention. Ainsi, l'expérimentation e-Vita met à disposition un coach virtuel dans le cadre d'un projet Union européenne-Japon pour un vieillissement intelligent¹⁴. L'objectif d'e-Vita est d'améliorer le bien-être des personnes âgées en Europe et au Japon, de promouvoir un vieillissement actif en bonne santé, contribuant à une vie indépendante avec une réduction des risques d'exclusion sociale. Cette action repose sur un système de coaching virtuel innovant basé sur les technologies de l'information et de la communication pour détecter les changements dans les domaines physiques, cognitifs, psychologiques et sociaux de la personne. Le coach virtuel fournira ainsi des recommandations et des interventions personnalisées pour un bien-être durable à domicile.

VII.6/ L'information du consommateur

L'information du consommateur représente un autre moyen pour développer une personnalisation. Par exemple, elle rend plus lisible et plus compréhensible l'étiquetage nutritionnel avec le Nutri-score. Plusieurs applications pour téléphones mobiles rendent accessibles les caractéristiques nutritionnelles des produits alimentaires dans les rayons des magasins. C'est une aide pour une alimentation équilibrée au quotidien.

13 <https://www.ameli.fr/assure/sante/mon-espace-sante>

14 E Vita : <https://www.e-vita.coach/methodology/>

VII.7/ Les serious games.

La « gamification » consiste à utiliser le jeu pour favoriser l'interaction avec l'utilisateur. L'intérêt est d'encourager la personne à effectuer une action. C'est une voie intéressante et innovante pour impliquer l'utilisateur dans un processus de soins qui est utilisé dans l'éducation thérapeutique.

VIII- LES LIMITES

Les stratégies préventives se heurtent dans leur acceptation à des situations particulières.

VIII.1/ La littératie en santé

Le terme « littératie », issu du mot anglais « *literacy* », désigne les connaissances et les compétences dans les domaines de la lecture, de l'écriture, de la parole (ou d'autres moyens de communication) et du calcul qui permettent aux personnes d'être fonctionnelles en société et d'y participer.

Aux États-Unis, près de la moitié de la population adulte rencontrerait des difficultés à s'approprier l'information sur la santé. En Europe 12 % des personnes interrogées ont un niveau littératie en santé insuffisants et 35 % ont un niveau limité^{15 16}.

Les usagers reçoivent au quotidien de très nombreuses informations et conseils concernant la santé. Pour traiter ces informations, la mobilisation de nombreuses compétences s'avère nécessaire : lire, écrire, compter, mais aussi hiérarchiser et sélectionner pour s'approprier l'information. De fait, nous ne sommes pas tous égaux dans notre capacité à faire face aux informations concernant la santé. Une partie importante de la population rencontre des difficultés pour accéder à une information utile à une prise de décision. Qu'en est-il en particulier des personnes âgées, des personnes en situation de handicap, des personnes ayant un faible niveau de scolarisation ou encore celles issues de l'immigration ?

L'amélioration de la communication avec les personnes à faible littératie en santé doit représenter une priorité depuis l'école. Elle est déterminante comme le prouve le document « communiquer pour tous - Santé publique France »¹⁷.

Il convient de proposer des démarches spécifiques, car adaptées vers les populations concernées pour les inciter à utiliser davantage les offres de prévention mises à leur disposition.

Le recours au marketing social consiste à utiliser les techniques du marketing commercial pour encourager les comportements favorables bien-être et la santé des individus.

15 Definition of literacy. Springfield : Merriam-Webster, 2017. En ligne : <https://www.merriam-webster.com/dictionary/literate>

16 Stephan Van den Broucke – « La literacy en santé : un concept critique pour la santé publique » - La santé en action Numéro 440 (2017)

17 Communiquer pour tous. Guide pour une information accessible Sous la direction de Julie Ruel et Cécile Allaire Santé publique France (2018)

Il repose sur la connaissance du public cible : ses caractéristiques sociologiques, ses goûts, ses comportements, ses réseaux d'influence, la connaissance des facteurs limitant du changement.

VIII.2/ La technopénie

La technopénie caractérise le nonaccès aux nouvelles technologies¹⁸. C'est un désavantage avec des conséquences sur la participation à la vie sociale. Ce désavantage répond à la définition même du handicap, mais dans ce cas il est créé par la société. De toute évidence il devrait être plus facile à compenser qu'un handicap naturel. Cette carence peut être liée à la personne elle-même, car elle n'a pas reçu de formation adaptée. Mais elle peut faire preuve d'un refus délibéré d'usage de la part de l'intéressé. L'environnement de la personne peut aussi être en cause par une mauvaise adaptation de la technologie à ses besoins ou une absence d'offre adaptée...

La fracture numérique ou « illectronisme » en est un bon exemple. En 2017, un programme de stratégie nationale d'inclusion numérique a été lancé, d'autant que la dématérialisation des services administratifs devenait une réalité. Cependant, près de 20 % de la population est en situation d'illectronisme (INSEE 2019).

Comment réduire la *technopénie* ? Plusieurs solutions sont à déployer. Il faut proposer des formations adaptées aux citoyens, former les professionnels utilisateurs à l'usage de technologies nouvelles et les accompagner. Mais il est aussi nécessaire d'apporter des études scientifiques démonstratives du service rendu, ce qui facilite le dialogue.

IX- LE QUESTIONNEMENT ÉTHIQUE

Les technologies et le numérique sont présents dans la prévention, sous différentes formes. Il est rappelé que leur usage doit être caractérisé par la bienfaisance, le respect de la liberté, des choix de l'utilisateur et du droit, dont la confidentialité des données. Mais qui a accès aux data ?

La réflexion éthique doit être travaillée en permanence pour tenir compte de ces évolutions. L'éthique n'est pas un frein au développement technologique, mais un gain et un gage d'efficacité.

L'utilisation de nudges dans le domaine de la santé soulève aussi des problèmes éthiques. Certains les accusent en effet d'être un dispositif paternaliste et infantilisant qui cautionne une certaine forme de manipulation. Ils peuvent être aussi à l'origine d'un sentiment de culpabilité chez les personnes qui les détournent délibérément.

Comment préserver la liberté des personnes en les amenant néanmoins à se conformer un objectif défini par un tiers ? Qui définit ce qui est bon pour une personne ? Dans une certaine mesure, la co-construction d'amont et l'avis des utilisateurs sont des garants de la démarche.

¹⁸ Robert Moulias, Pierre Rumeau, Sophie Moulias « La technopénie : un nouveau handicap » - La revue de gériatrie - Tome 41 n°2, février 2016

Conclusion

Ce panorama met en évidence la complexité de l'implémentation d'une démarche préventive dans une population donnée. Plusieurs facteurs entrent en ligne de compte dans son appropriation par l'utilisateur : la qualité du projet, sa réponse à un besoin précis, une communication adaptée, et surtout son acceptation par l'utilisateur sollicité au « bon moment ». L'idéal serait de faire coïncider les demandes, les besoins et les réponses.

Plusieurs contributions s'avèrent utiles : la co-construction des actions, la meilleure connaissance de soi, l'apport des sciences comportementales ou encore le numérique.

ÉCLAIRAGE

189 « Ma Santé-NC » : un plan de réforme du système de santé de la Nouvelle-Calédonie
Abdelkader Saidi (chirurgien)

« Ma Santé-NC » : Un plan de réforme du système de santé de la Nouvelle-Calédonie



Par **Abdelkader SAIDI**, chirurgien urologue



Abdelkader Saidi est chirurgien urologue en Nouvelle-Calédonie. Il exerce en libérale à Nouméa. Il a développé l'activité chirurgicale de prélèvement d'organe et de transplantation rénale au sein de l'hôpital. Il est cofondateur d'une maison de santé pluridisciplinaire et d'une société d'entrepreneuriat médical dont l'objectif vise à améliorer les parcours de soins. En 2018, il est diplômé d'un mastère spécialisé à l'École nationale d'administration où il soutient une thèse sur les risques encourus du système de santé en cas d'indépendance du territoire; thématique qu'il apporta aux débats des campagnes référendaires. Il participa à la gestion de la crise Covid en alertant dès 2020 sur les risques de la stratégie « covid-free » et défendra une approche graduelle par niveau d'alerte visant à apprendre à vivre avec le virus. Il fonde en 2022 l'OPUSS : l'Organisation des professionnels et des usagers du système de santé afin de rassembler l'ensemble des acteurs autour d'une vision partagée sur la réforme du modèle de gouvernance. Il est membre du collège des personnalités qualifiées de l'Institut santé.

Résumé

Faute d'avoir engagé les réformes structurelles indispensables à sa survie, le système de santé de la Nouvelle-Calédonie n'est ni en mesure d'équilibrer ses comptes, ni de faire face à l'augmentation des maladies chroniques et du vieillissement de la population. Cette situation est aggravée par la perte d'attractivité croissante du territoire auprès des professionnels de santé, dans un contexte institutionnel en pleine transition. Pour éviter une crise sanitaire sans précédent, à un tournant majeur de son histoire, le territoire doit avoir la capacité de mettre en œuvre un plan responsable et ambitieux. Après avoir retracé les contours du système de santé de la Nouvelle-Calédonie, cet éclairage propose « Ma Santé-NC », un projet de refondation à travers une ligne stratégique pour un maintien en bonne santé à tous les âges de la vie.

La Nouvelle-Calédonie traverse actuellement une période de transition institutionnelle destinée à faire le bilan de l'Accord de Nouméa et de proposer les bases d'un projet de société collectif.

Au cours des prochains mois, L'État et les partenaires désignés ont la responsabilité de bâtir un nouveau statut respectant les valeurs républicaines et les aspirations des Calédoniens. Dans cette perspective, des groupes de travail, sous l'égide du haut-commissariat, ont la charge d'instruire des thématiques sociales et économiques qui se sont rajoutées aux inévitables questions institutionnelles¹. La santé comme vecteur de l'égalité des chances, de la cohésion sociale, du développement et du rayonnement régional constitue dès lors un sujet majeur à l'élaboration de ce projet. En 2023, le système de santé de la Nouvelle-Calédonie n'est plus en mesure d'équilibrer ses comptes, de garantir les missions de ses acteurs ou encore d'assurer la soutenabilité de son modèle pour les générations futures. En retraçant la trajectoire du système de santé calédonien, cet éclairage ambitionne à travers le projet de réforme « Ma Santé-NC », de faire face aux transitions à l'œuvre.

I- BILAN DU SYSTÈME DE SANTÉ DE LA NOUVELLE-CALÉDONIE

Largement inspiré par l'histoire du système de santé de la métropole, la création de la sécurité sociale calédonienne en 1958 protégeait essentiellement des statuts dans un modèle corporatiste. La société était principalement constituée d'une population jeune, d'emplois stables et de risques sociaux de courte durée. La dégradation de la conjoncture économique confrontée à l'augmentation des maladies chroniques, au vieillissement et à la révolution technologique n'a pas été anticipée.

I.1/ Architecture du système de santé

En application de la loi organique, la Nouvelle-Calédonie est compétente en matière de protection sociale, ainsi qu'en matière d'administration des services de la protection judiciaire de l'enfance et de la jeunesse. Les principales institutions sanitaires sont constituées par la direction des affaires sanitaires et sociales (Dass), l'agence sanitaire et sociale (Ass), les directions provinciales des affaires sanitaires et sociales (Dpass) et la caisse d'assurance maladie du territoire (Cafat).

La Dass joue le rôle de législateur en matière de textes de loi dans le domaine de la protection sociale. Elle met en œuvre les politiques en matière de santé publique et environnementale, pilote les gestions de crise et contrôle les établissements hospitaliers publics du Territoire. Elle exerce sa tutelle sur la Cafat par le contrôle de légalité et d'équilibre budgétaire².

L'Ass est un établissement public, créé en 2001, dont l'objectif initial était de participer au financement des infrastructures hospitalières. Malgré un élargissement significatif de son champ d'action aux politiques de promotion de la santé et de prévention, son rôle principal reste toujours celui d'intermédiaire financier. L'association de missions aussi éloignées que le financement d'infrastructures et la mise en

œuvre d'actions de santé publique ne permet pas d'appréhender le rôle et la place de cette agence dans la gouvernance.

La Cafat gère la sécurité sociale obligatoire de base des salariés et une partie de celle des fonctionnaires et des travailleurs indépendants et procède à des opérations pour le compte de tiers. C'est un organisme de Sécurité sociale « ancienne formule », avec un conseil d'administration paritaire et un directeur général aux prérogatives étendues. Ses ressources sont constituées essentiellement par les cotisations, elle jouit du principe d'autonomie financière et vise à l'équilibre des régimes. Il existe de précieux avantages à l'unicité de la caisse : guichet unique de gestion des prestations pour les usagers, mutualisation du fonctionnement des services supports (ressources humaines, Direction des systèmes d'information, communications, services juridiques, etc.) et concentration d'un patrimoine informationnel conséquent³.

Les Dpass (directions provinciales de l'action sanitaire et sociales) offrent des prestations de santé publique grâce à l'action de ses centres médico-sociaux (CMS) et mettent en œuvre des politiques en direction des publics vulnérables comme le service de l'aide médicale (équivalent de la Protection Universelle Maladie - Puma).

Chaque province dispose d'un budget voté par son assemblée dont les trois quarts sont des dépenses de fonctionnement. Le quart du budget des provinces est dédié à la protection sociale. Les recettes des provinces proviennent majoritairement de dotations et impôts reversés. Malgré une Dpass par province et près de 33 CMS répartis sur l'ensemble du territoire, l'accès aux soins des publics vulnérables, en particulier dans le nord et les îles, n'est pas garanti.

L'architecture du système de santé Calédonien est donc caractérisée par une organisation en « silos », inadaptée pour faire face aux enjeux contemporains. Des entités distinctes, comme la Dass et la Cafat, gèrent d'un côté l'offre hospitalière et de l'autre les soins de ville. Le médico-social, secteur essentiel pour évoluer du soin à la santé, se situe au cœur d'un partage de compétences et de financements entre opérateurs déconnectés : prévention, déterminants de santé et aide aux logements pour l'Ass; gestion des allocations familiales de solidarité, du nouveau régime d'aide en faveur des personnes en situation de handicap ou de dépendance et du minimum-retraite par la Cafat; compétences spécifiques des Dpass pour les provinces (aides médicales, protection familiale et de l'enfance, aides aux associations). Même si la gestion de la pandémie a pu révéler une certaine capacité des acteurs à se coordonner dans l'adversité, la déconnexion des institutions de santé et l'illisibilité des rôles et des financements de chacun, a conduit à une crise de confiance majeure.

I.2/ Financement du système de santé

Les dépenses de protection sociale de la Nouvelle-Calédonie s'élevaient en 2017 à un peu plus de 1,6 milliards d'euros (21 % du PIB), dont 50 % pour la santé (10,5 % du PIB). Depuis cette période, la Cafat accuse un déficit moyen annuel de 117 millions d'euros. Les cotisations sociales représentant 71 % des recettes, la Nouvelle-Calédonie, directement, ou par l'intermédiaire de son agence sanitaire et sociale, équilibre

¹ <https://www.vie-publique.fr/en-bref/286966-nouvelle-caledonie-quel-avenir-institutionnel-apres-le-3e-referendum>

² dass.gouv.nc : services et missions

³ Tolmé L, La Protection sociale dans les collectivités d'outre-mer - L'exemple de la CAFAT de Nouvelle-Calédonie, Regards, N°56, Mars 2020, p195-206

systématiquement les produits des régimes de protection sociale au titre des compensations des mesures d'allègement ou d'exonérations de charges sociales et dans un objectif de réduction du déficit des régimes. La dette cumulée du Régime unifié d'assurance maladie et maternité (Ruamm) a été arrêtée par le commissaire aux comptes de la Cafat à 275 millions d'euros fin 2019⁴.

Malgré de nombreuses études alertant du renforcement de la contrainte financière, les élus et acteurs de la protection sociale ne parviendront pas à lancer les réformes nécessaires et à maîtriser suffisamment l'évolution des dépenses qui apparaît désormais totalement hors normes par rapport aux ressources. Dans ce contexte, aggravé par l'instabilité institutionnelle et le coût de la crise Covid, le système de santé calédonien, insuffisamment connecté à ses ressources de premiers recours, n'a plus la capacité de prendre en charge efficacement la santé de ses usagers.

I.3/ Stratégie pour une refonte du système de santé

L'idée que le régulateur, n'ayant pas la maîtrise de la transition démographique et des progrès technologiques, doit persister à concentrer son action sur l'organisation de l'offre pour lui permettre d'anticiper le volume de soins produits n'est plus pertinente. L'immobilisme n'est, quant à lui, plus une option face à la dégradation continue des comptes sociaux et de l'état de santé des Calédoniens.

La ligne stratégique doit permettre le maintien en bonne santé à tous les âges de la vie en garantissant la liberté des acteurs, l'égalité des chances et la solidarité⁵. La responsabilisation des patients dans la bonne conduite de leur parcours fait de la santé une nouvelle valeur citoyenne de nature à renforcer la cohésion sociale.

La refondation du système de santé de la Nouvelle-Calédonie se réaliserait à partir du modèle intégré « Ma Santé-NC » qui s'appuie sur 4 principes :

- ▼ un pilotage démocratique de la gouvernance,
- ▼ des parcours de soins coordonnés,
- ▼ des parcours de santé tout au long de la vie,
- ▼ une protection durable de l'environnement.

2- PILOTAGE DÉMOCRATIQUE

« Ma Santé-NC » propose une nouvelle architecture utilisant les ressources existantes afin de faire converger la démocratie sociale, sanitaire et parlementaire sur une ligne stratégique commune. Si la Dass et le pouvoir politique définissent le cadre général de la politique et déterminent le niveau des ressources consacré à la santé, la Cafat aurait la charge de la gouvernance opérationnelle des soins à travers un conseil de santé et l'Ass deviendrait l'Agence de santé publique de la Nouvelle-Calédonie (Asp-nc) en charge exclusivement de la prévention.

⁴ Chambre territorial des comptes, *Synthèse ; la collectivité de Nouvelle-Calédonie ; exercices 2017 et suivant*, Mai 2022

⁵ Bizard F, *l'autonomie solidaire en santé. La seule réforme possible*, Éditions Broché, 2021

Conseil de santé et Asp auraient en main l'intégralité des budgets pour les prestations sous leurs responsabilités ainsi que tous les leviers pour en assurer la maîtrise.

Le nouveau modèle propose de transférer le budget des provinces lié à l'aide médicale au conseil de santé. Les Dpass resteront des opérateurs pivots au niveau des territoires ou des plateformes à la coordination des soins (PCS) seront créés dans chaque province afin de mettre en cohérence les parcours de soins et de santé. Dans la même logique, la fiscalité liée à la santé, versée actuellement à l'Ass, sera fléchée vers le conseil de santé pour une régulation financière des soins lisible et transparente. L'Asp sera financée à travers l'objectif calédonien des dépenses de santé (Ocep), au regard de l'ambition souhaitée par la démocratie parlementaire et des préférences collectives.

Ces propositions de nouvelle gouvernance sont actuellement partagées et soutenues par le conseil d'administration de la Cafat, l'ensemble des syndicats représentatifs des professionnels de santé, la direction des principales infrastructures offreuseuses de soins, la fédération des Ephad, les principales structures médico-sociales et la plupart des associations et collectifs d'usagers.

II.1/ Refonder la gouvernance stratégique

La Dass, appuyée par les services en charge de la santé dans les institutions calédoniennes serait la colonne vertébrale de la gouvernance stratégique. Sa crédibilité et son rôle de pilote doivent être réaffirmés. Elle aura la charge de l'élaboration du cadre général et du plan stratégique de santé publique. Ce plan devrait être adopté par le gouvernement à l'issue d'un processus de concertation avec les différentes instances représentatives. Il devrait constituer le cadre de la politique de santé en Nouvelle-Calédonie et se fonder sur l'analyse dressée par l'observatoire sur l'état de santé de la population, ses principaux déterminants, ainsi que sur les stratégies d'actions envisageables. Elle contractualisera des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom) avec le conseil de santé et l'Asp.

II.2/ Refonder la gouvernance opérationnelle des soins

La Cafat, en tant qu'institution de référence auprès des Calédoniens représente une base solide et crédible pour rebâtir un pôle de gouvernance démocratique.

Avec son expertise, ses réseaux, sa base de données et son expérience de contractualisation, elle saura être l'opérateur des soins de la nouvelle architecture. Plusieurs leviers seraient mis à sa disposition :

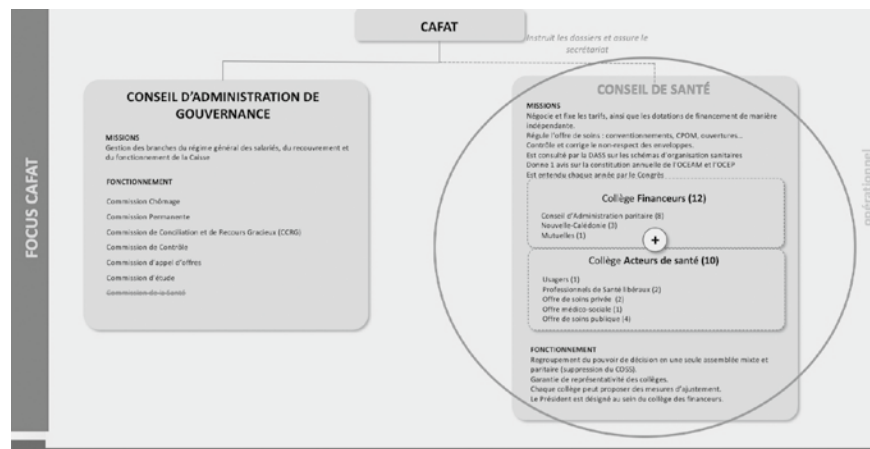
- ▼ la détermination des règles de tarification des établissements publics et privés et de l'ensemble des professionnels de santé. Cette responsabilité mettra en cohérence la fixation des règles de financement avec la gestion des dépenses globales de santé,
- ▼ l'autorisation de création des établissements et activités de soins et leur contrôle,
- ▼ la contractualisation avec les établissements de santé.

La Cafat devra se réformer, face à l'extension de ses missions en externalisant le Ruamm des autres branches au sein d'un conseil de santé indépendant. Celui-ci sera administré entre un collège des payeurs de 12 membres (8 partenaires sociaux, 3 pouvoirs publics, 1 mutuelle) et un collège des acteurs de santé de 10 membres, représentant la démocratie sanitaire (4 représentants de l'hospitalisation publique, 2 des infrastructures privées, 2 des professionnels de santé, 1 du médico-social et 1 des usagers).

Le président du conseil de santé sera désigné par le collège des financeurs. Le nombre de sièges fixés dans le collège des financeurs, proportionnel au poids de chacun dans les dépenses de santé, pourra changer en fonction de l'évolution du financement de la santé et notamment du poids relatif de la fiscalité. Ce projet de transformation de la Cafat a été approuvé par son administration.

II.3/ Refonder la gouvernance opérationnelle de la prévention

Un rapport de la cour des comptes recommande de confier la mise en œuvre de la promotion de la santé et de la prévention à une agence de santé publique qui serait déchargée du rôle de financeur⁶. Aujourd'hui le financement et les missions de l'agence sanitaire et sociale ne sont pas exclusivement dédiés à la prévention. Il faut recentrer et redimensionner l'agence sur son cœur de métier : la conduite des actions de prévention, de promotion et d'éducation sanitaire à travers une politique interministérielle et coordonnée avec le conseil de santé, et les directions de l'éducation, du travail et de l'environnement. La transformation de l'Ass en Agence de santé publique détentrice d'une feuille de route claire et d'un financement dédié et en connexion avec le conseil de santé sera de nature à répondre aux objectifs croissants de santé publique.



⁶ Cour territoriale des comptes Nouvelle-Calédonie, *Relations avec l'Agence sanitaire et sociale*, 13.12.2021

3- PARCOURS DE SOINS

La stratégie permettant l'exercice coordonné passe inévitablement par le développement du travail en équipe et de formes d'organisations innovantes. Le défi est immense tant les professionnels de santé calédoniens sont inégalement répartis sur le territoire et ont des cultures, compétences, statuts, niveaux de responsabilité et intérêts différents. Pourtant ces nouvelles organisations ne peuvent voir le jour que si ce sont ces mêmes professionnels à l'initiative, dans un cadre réglementaire facilitateur. En misant sur les producteurs de soins, sans leur faire prendre de risque financier, nous les rendons collectivement responsables de la dépense.

La nouvelle gouvernance des soins, à travers un conseil de santé sous la tutelle de la Dass composé de financiers et de professionnels du terrain, constitue le socle le plus pertinent pour permettre cette évolution.

Deux réformes supplémentaires faciliteront cette nouvelle organisation des soins :

- une rénovation du modèle économique
- une territorialisation des communautés professionnelles

III.1/ Rénovation du modèle économique

La réduction des dépenses de santé est une évidence, mais elle ne devrait pas être l'objectif principal du modèle économique au risque d'être contre-productive. C'est ce qui distingue une médecine de parcours pertinente des autres approches, comme celle de la maîtrise médicalisée. L'une des principales réflexions envisagée par la Nouvelle-Calédonie pour répondre aux déficit des comptes sociaux reste basée sur la création d'un Oceam (objectif calédonien d'évolution des dépenses maladies), construit dans le même esprit que l'Ondam en métropole. Les règles de formation et d'exécution proposées dans l'Oceam rigidifient le processus d'allocation des ressources rendant difficile l'évolution de l'offre de soins en transférant des crédits d'un secteur à l'autre. Il faut permettre de sortir de la logique financière en silos en mettant en œuvre, en complémentarité de l'Oceam, des mécanismes qui garantissent que les hôpitaux et les professionnels de santé soient récompensés lorsqu'ils s'organisent pour favoriser les parcours et la qualité des soins.

L'OCDE chiffre les soins inutiles à près d'un cinquième de la dépense de santé. Cette notion renvoie à l'organisation du système de santé et à son efficacité⁷. Pour être efficace les instruments à promouvoir ne doivent pas être perçus comme purement comptables par les usagers ou interprétés par les professionnels comme une atteinte à la liberté de prescription. Pour encourager la réalisation de soins pertinents et coordonnés, il faut créer un fond pour les innovations organisationnelles (FIO), dont l'utilisation sera permise par un dispositif législatif ad-hoc aux règles de financements des prestations de soins en vigueur. L'exemple à suivre pourrait s'inspirer de « l'article 51 » en métropole, mise en place dans la LFSS de 2018, dont la dynamique est fondée sur le triptyque « Coconstruire, tester, évaluer » afin de

⁷ Safon M, Suhard V. La pertinence de soins en France : les principaux dispositifs outils et leurs évaluations, Synthèse IRDES, 2018

donner carte blanche à l'innovation issue du terrain au service des parcours et de la pertinence des soins.⁸

La performance de ces nouvelles organisations devra être mesurée financièrement par le niveau de dépenses des patients et qualitativement sur la base d'indicateurs choisis conjointement entre le conseil de santé et la Dass. Le choix des indicateurs est une étape cruciale, il devra être calibré en fonction de la définition des objectifs (population cible et transformation souhaitée), en veillant à en limiter le nombre et à simplifier les modalités de recueil. L'expérience des usagers et les conditions de travail seront essentielles dans ces évaluations.

Actuellement le financement de l'hospitalisation publique est assuré par une dotation globale dont le taux directeur est fixé annuellement par le congrès de la Nouvelle-Calédonie. La métropole avait abandonné ce dispositif dès 2004 en lui reprochant d'étrangler les hôpitaux dynamiques et d'assurer pour les autres une rente injustifiée. Le bilan de près de vingt ans de tarification à l'activité (T2A) nous montre que ce modèle de financement n'est pas adapté à la situation de l'hôpital ou aux défis des prises en charge complexes⁹.

En ce qui concerne l'hospitalisation privée, dont les missions de service public ne cessent de croître, le mode de financement est à l'activité selon une grille tarifaire gelée et une nomenclature des actes techniques (NGAP) obsolète.

L'objectif, pour les établissements de santé calédoniens (publics et privés), serait de tendre vers une égalité de traitement et d'atteindre un financement hybride, intégrant une partie de leur financement modulé à l'activité (pour les soins standardisés et DMS courtes) et une combinaison de modalités de financement différentes pour les soins critiques et complexes, en garantissant que ceux qui sont impliqués dans des démarches de qualité et de prévention soient récompensés en améliorant les parcours et la coordination avec la ville et le médico-social. Enfin, la complémentarité entre l'hôpital public et la clinique doit être réaffirmée afin de faire face aux insuffisances de permanence des soins.

L'exercice libéral est souvent associé à l'indépendance organisationnelle, la relation exclusive entre le praticien et le patient, l'absence de contrainte hiérarchique et à la priorisation du soin curatif rémunéré à l'acte. En première lecture, cette représentation semble peu compatible à une pratique transversale en équipe avec un financement par capitation ou forfaitisé. Cependant, le profil de la nouvelle génération de médecins présente une vision plus nuancée entre prise de conscience des limites du modèle économique libéral et volonté d'un exercice plus collectif¹⁰. Le paiement à l'acte, auquel les libéraux sont encore très attachés, ne doit pas constituer un frein au développement de nouvelles modalités de rémunération. Quelle que soit la structure ou les professionnels concernés, les nouveaux modes de financements (CCAM clinique, paiement à l'acte en fonction de la complexité et du temps consacré, forfait, capitation, incitations financières, épisodes de soins etc.) devront être conçus pour encourager tous les professionnels de santé à travailler avec les mêmes objectifs en veillant à ce que la redéfinition des rôles ne représente pas un risque financier, tout en garantissant la liberté de prescription et la facilitation des démarches administratives.

8 Rapport annuel sur les expérimentations innovantes en santé remis au Parlement, décembre 2020

9 Sénat, Commission d'enquête, La situation de l'hôpital et le système de santé en France, Mars 2022

10 Bourguéil Y et al, *Les soins primaires en question(s)*, Éditions Presses de l'EHESP

III.2/ Approche territorialisée

Le modèle actuel est construit à partir du pilotage de l'offre de soins et non des besoins. Pour construire un maillage de l'offre de soins efficace, il faudrait élaborer des territoires de santé à partir de bassins de vie dont le périmètre serait identifié en fonction des flux et des caractéristiques des usagers. Il conviendra de distinguer d'une part, la coordination de proximité existante dans ses bassins à travers les CMS, les maisons de santé pluriprofessionnelles ou les équipes de soins primaires en place, et d'autre part la coordination à l'échelle des 3 provinces en charge d'une réponse globale aux besoins de la population. Ce niveau de coordination à l'échelle des provinces correspond aux missions que devront assurer des plateformes de coordination des soins (PCS).

D'après les expériences étrangères, le principal risque des dispositifs à la coordination est que les offres d'appui apparaissent peu lisibles tant pour les patients que pour les professionnels de santé, et finalement peu utilisées. La Nouvelle-Calédonie devrait pouvoir contourner cette difficulté en créant des centres référents : des plateformes de coordination des soins (PCS) réparties entre les 3 provinces. L'idée est d'assurer une unification entre les dispositifs d'appui. Cet acteur unique a vocation à intervenir dans toute situation ressentie comme complexe à l'échelle individuelle ou populationnelle, mais également à être le référent pour les professionnels de santé dans le cadre de leurs nouvelles organisations. Les plateformes assureront d'informer, de conseiller et d'orienter les professionnels et la population pour toutes les situations ressenties comme complexes, en organisant la coordination des interventions et en mobilisant les expertises disponibles. Sur la base d'un diagnostic partagé, la PCS accompagnera les acteurs (cadre réglementaire, gouvernance, place des usagers, modèle économique) dans la transformation des pratiques. Les PCS devraient être des structures provinciales avec une gouvernance équilibrée qui implique les acteurs libéraux et hospitaliers, les usagers, les structures médico-sociales, les communes, et la collectivité de la Nouvelle-Calédonie.

Les ressources humaines de ces nouvelles structures impliquent la création de nouveaux métiers et de nouvelles compétences dans la régulation des appels, la gestion des cas et l'animation territoriale. Si l'usager devient l'acteur central du système, alors ces nouveaux process mis en place pour cette médecine de parcours seront efficaces.

Pour les maladies chroniques et les personnes âgées, un contrat patient tripartite devrait être créé, à l'instar de celui proposé dans le travail de Frédéric Bizard, dans le but d'optimiser le suivi du parcours¹¹. Ce contrat serait élaboré par le conseil de santé et signé entre le médecin coordinateur, l'assurance maladie et le patient en longue maladie. Après avoir discuté des modalités spécifiques du parcours, cette contractualisation vise à rendre le patient plus impliqué dans son parcours de soins en fonction de ses « capacités ». Des objectifs à atteindre seraient mentionnés et régulièrement évalués. Le médecin coordinateur pourrait être assisté par les services de sa PCS afin de s'assurer que le patient dispose de toute l'information nécessaire pour respecter le protocole de soins, prendre les rendez-vous médicaux et paramédicaux, de s'assurer de la saisie des données et de la qualité du parcours.

11 Bizard F, *Et alors ! La réforme globale de la santé, c'est pour quand ?*, Éditions Fauves, Novembre 2019

Au niveau local, la création de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) permettrait de faciliter la permanence des soins, la réalisation du virage ambulatoire et l'hospitalisation à domicile. Les MSP devraient obtenir un financement pour l'indispensable poste de coordination, pour le système d'information partagé et pour l'indemnisation des professionnels qui s'impliquent dans des actions coordonnées (rédaction de protocole, RCP, évaluation des actions, projet médical). Les quelques MSP du territoire sont nées d'initiative libérale, peu encadrées par les tutelles et sans aides financières. Ce mode d'installation est pourtant largement plébiscité par les professionnels de santé, comme le suggère une enquête de la DREES réalisée en 2022 où sept médecins généralistes français sur dix exercent désormais en groupe et quatre sur dix en MSP¹².

Il faut réorganiser les soins primaires en mutualisant les CMS et les centres de santé, en dynamisant la création et l'accompagnement des MSP et en incitant à l'exercice collectif et coordonné au reste des libéraux.

Les structures doivent développer des « workplaces » clé en mains (secrétariat, numérique, équipements) pour permettre, dans ce contexte de pénurie en ressources humaines, de maximiser l'offre de premier recours. Les statuts ne doivent plus être un frein à l'interopérabilité des structures et des professionnels, quand il s'agit de garantir la permanence des soins. Tous les calédoniens devraient pouvoir avoir accès à des soins de qualité, dans des délais acceptables, à une distance raisonnable et à un coût ne constituant pas un motif de renoncement. Afin de compléter ce schéma d'organisation, et de couvrir l'ensemble des citoyens, des structures mobiles de téléconsultation sécurisées et équipées en dispositif de monitoring, pilotées par les PCS, seront déployées et connectées aux structures du réseau.

Cette coopération entre professionnels induit des pratiques en appui sur des systèmes d'information de santé communicants et sécurisés. Pour assurer la révolution du premier recours, le territoire doit assurer l'interopérabilité des systèmes d'information et promouvoir la E-Santé autour du cabinet connecté, l'intelligence artificielle, la télé médecine et la télé expertise. La collaboration entre les professionnels qui prennent en charge les patients dans le cadre des parcours devra être favorisée par un panel d'outils numériques permettant le partage d'informations et l'échange sur le suivi : carnet de santé numérique et répertoires opérationnels de ressources.

4- PARCOURS DE SANTÉ

« Qu'est-ce qui nous rend malades ? » ou « qu'est-ce qui nous garde en bonne santé ? ». La première question ou stratégie RBS (Risk Based Strategy) tente de lutter contre les facteurs de risque susceptibles d'augmenter la probabilité de développer une maladie alors que la deuxième ABS (Asset-Based Strategy) tente de promouvoir les facteurs qui favorisent le bien-être.

Dans une revue de la littérature, V. Migeot met en évidence que la recherche en santé a toujours privilégié la stratégie RBS¹³. La future politique de prévention doit désormais appréhender la santé humaine dans sa globalité, dont ses interactions avec les autres écosystèmes.

¹² <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-10/ER1244.pdf>

¹³ Migeot V et al. "Risk and asset-based strategies in health: priorities in biomedical, life and environmental science literature since the early twentieth century. A rapid review", Environ Health, 2022 Jan 29;21(1):22

L'Agence de santé publique (Asp) incarnera, dans le nouveau modèle, l'institution par excellence de santé publique de la Nouvelle-Calédonie. Elle sera dotée de moyens significatifs et dimensionnée pour assurer le virage préventif. Le champ de la prévention étant largement consacré dans les structures de soins de premier recours et à l'hôpital, l'agence contractualisera et partagera les moyens avec le conseil de santé pour le financement de la prévention par les professionnels de santé et les établissements.

Un parcours de prévention personnalisé pour chaque citoyen et piloté par le médecin traitant pourrait être mis en œuvre avec un suivi tous les 2 ans et mis en œuvre tout au long de la vie. L'environnement, les activités, les habitudes de consommation, le sommeil, la scolarité ou le travail seraient autant de déterminants évalués par le médecin traitant pour personnaliser un parcours santé moyens afin d'atteindre des objectifs fixés mutuellement.

5- PROTECTION DE L'ENVIRONNEMENT

Le changement climatique est la plus grande menace pour la santé mondiale et un défi inédit pour les îles du Pacifique dont la fragilité des écosystèmes accentue l'impact du réchauffement. Les systèmes de santé conçus dans le but d'améliorer l'état physique et psychique des individus, dégrade paradoxalement notre planète. En prenant en compte différents indicateurs (émission de gaz à effet de serre, production de particules fines, polluants atmosphériques, risque de paludisme, et usage de l'eau) une étude publiée dans le Lancet en 2020, montre que les systèmes de santé sont responsables de 1 à 5 % de l'impact global de l'activité humaine sur le dérèglement du climat¹⁴.

Cela représente le quatrième poste de consommation le plus important d'un point de vue environnemental après l'alimentation, la mobilité et le logement.

Face à ces faits, la Nouvelle-Calédonie devrait répondre à la menace en mobilisant tous les outils afin d'atteindre, à l'horizon 2050, un bilan carbone responsable dans sa production de soins mais également en devenant un leader de la promotion du développement durable. Afin d'être efficace, ce projet nécessitera une approche globale par l'intégration de l'ensemble des dimensions agissant directement ou indirectement sur le climat : sociale, économique et environnemental. Dans ce cadre les objectifs principaux seront de lutter contre les exclusions, de garantir un système de santé solidaire et équitable, d'établir un bilan d'impact environnemental et enfin de faire du système de santé de Calédonien un leader dans la promotion du développement durable.

Malgré les efforts internationaux sur le développement d'un indicateur standardisé sur les émissions du secteur de la santé il n'existe pas de norme mondiale systématique pour mesurer ces émissions¹⁵. En novembre 2021, l'impact du système de santé français sur l'environnement a été évalué dans sa globalité par les chercheurs du shift Project. Selon leur rapport, ce secteur est responsable de 8 % des émissions de gaz à effet de serre (GES), soit 50 millions de tonnes de CO2 par an, en France métropolitaine. Les achats de médicaments et de dispositifs médicaux représentent 54 % de ses émissions, 20 % le sont par les transports et 8 % par l'alimentation¹⁶.

¹⁴ Lenzen M et al, « L'impact environnemental des systèmes de santé », Lancet Planet Health, 1 juillet 2020

¹⁵ Nick Watts et al, Le rapport 2018 sur la santé et le changement climatique : façonner la santé des nations pour les siècles à venir, Lancet Countdown, 2018

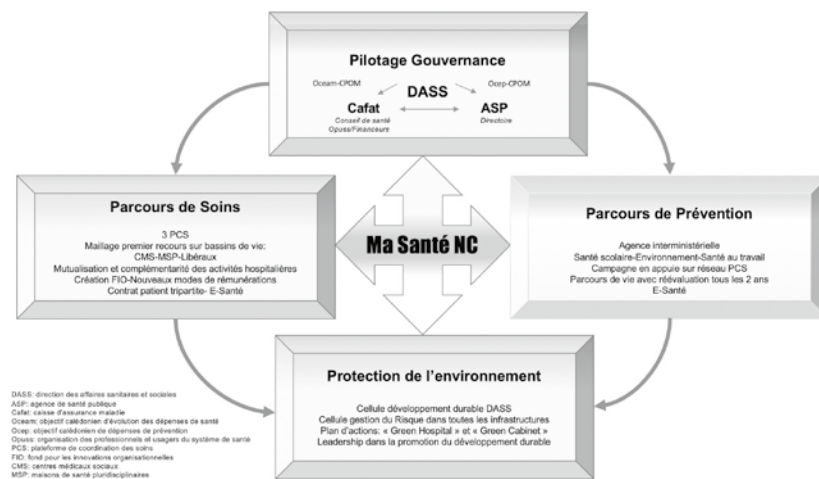
¹⁶ The shift project, Novembre 2021

Les propositions environnementales peuvent se décliner autour de plusieurs mesures :

- ▼ la création d'une cellule développement durable au sein de la DASS en charge de former les offreurs de soins et les structures médico-sociales dans la réalisation, l'évaluation et le suivi de leur bilan carbone et pour les accompagner dans la mise en place de leurs plans d'actions.
- ▼ la création au sein des infrastructures (établissement de santé et médico sociaux) d'une cellule du risque destiné au management du développement durable.
- ▼ le développement des « Green Hospital » et « Green Cabinet » : dans les établissements, inscrire les enjeux environnementaux dans les projets, améliorer la qualité de l'air et l'entretien des locaux, déterminer une politique d'achats écoresponsables, développer des mobilités alternatives, optimiser les consommations d'énergie, réduire la production de déchets, proposer une alimentation issue d'un système de production durable.
- ▼ la promotion de la formation initiale et continue des professionnels.
- ▼ la bonne gestion des enjeux du digital.
- ▼ faire du système de santé de la Nouvelle-Calédonie un leader dans la promotion des enjeux du développement durable.

assumée, afin d'inspirer les inévitables réformes à venir. Ce changement culturel, nécessaire pour passer de « l'offre aux besoins » et « du soin à la santé », nécessite une rupture profonde dans les mentalités, les organisations, les statuts et le modèle économique dominant. Ce projet est issu d'une série de concertation avec les acteurs locaux et d'une mise en perspective des propositions au regard des expériences étrangères, des transitions à l'œuvre et du contexte spécifique du territoire. Il incarne fidèlement la vision holistique de la santé voulue par les fondateurs du « plan dokamo », un plan qui n'attendait qu'à être revitalisé¹⁷.

La période de transition institutionnelle est l'occasion de poser les bases d'un projet de société et d'engager ainsi l'ensemble des réformes capables de garantir les valeurs citoyennes des uns et des autres pour un destin commun.



Dans un contexte de crise économique, d'incertitude et de limitation durable des ressources collectives, il existe un consensus qui reconnaît l'intérêt de réorganiser le système de santé de la Nouvelle-Calédonie afin qu'il puisse satisfaire les objectifs de qualité, d'équité et de soutenabilité.

Quel que soit le pays, les systèmes de santé sont pour la plupart complexes, avec de nombreux acteurs au pilotage et au financement dont la répartition des compétences est une source continue de débat et souvent de conflit. La trajectoire historique, la taille et les ressources disponibles en Nouvelle-Calédonie plaident en faveur d'une solution innovante. Le Projet « Ma Santé-NC » propose un pilotage démocratisé, des parcours de soins et de santé repensés et une politique de développement durable

¹⁷ <https://sap.gouv.nc/politiques-publiques/locales/le-plan-do-kamo>

NOTES DE LECTURE

205 Notes de lecture
Julien Damon, conseiller scientifique de l'EN3S

209 Gilles Huteau, Professeur, Université de Rennes, CNRS,
DCS -UMR 6297, EHESP

NOTES DE LECTURE

Par **Julien DAMON**,
conseiller scientifique de l'EN3S



Gwendal Châton, Martine Long (dir.), *Le revenu universel, une utopie pour le xxie siècle ?*
Berger Levrault, 2022, 217 pages, 29 euros.

L'idée de revenu universel provoque des débats et enclenche des expériences, sous diverses formes, à travers le monde. De plus en plus documentée, elle ne s'incarne véritablement que dans de très rares réalisations. Le sujet aura été, en France, au-devant de la scène à l'occasion de l'élection présidentielle de 2017. Sous une ambition plus réduite et sous la dénomination de « revenu universel d'activité » (RUA) il a fait l'objet d'une instruction technique très poussée. Alors que depuis la crise Covid, on l'évoque moins, en tout cas en France, le projet reste l'un des plus intéressants parmi ceux énoncés pour réviser en profondeur les systèmes de protection sociale. Enseignants la science politique et le droit public, Gwendal Châton et Martine Long ont eu la bonne idée de rassembler, après un colloque, une douzaine d'auteurs afin de produire un tour d'horizon sur cette question. Parmi eux des responsables politiques et syndicaux (du côté de la CFDT et du département de Gironde, tous les deux particulièrement investis), mais surtout des universitaires issus de diverses disciplines. L'ensemble permet de revenir sur l'historique, les incarnations, les édulcorations, les conséquences possibles et les perspectives d'une idée. Au sens strict, celle-ci procède d'un revenu individuel (forfaitaire), universel (servi à toute la population d'un territoire) et, surtout, inconditionnel (sans contrepartie). Elle n'a jamais été véritablement mise en œuvre (sauf peut-être dans le cas singulier de l'Alaska). En revanche, nombre d'expérimentations, sous son nom ou sous d'autres syntagmes, jalonnent son histoire désormais relativement longue. Le revenu universel apparaît ainsi, sous des traits divers, sur tous les continents. De plus en plus couverte par de l'expertise, la proposition connaît maintenant un jeu très détaillé d'arguments et de contre-arguments, avec donc ses partisans et ses opposants. Cet ouvrage collectif, qui sait mêler approches théoriques et attentions pratiques, revient sur les justifications d'un tel revenu et sur les critiques qui fusent toujours. Qu'il s'agisse d'un revenu régulier ou d'une dotation en capital pour les jeunes (avec une redistribution a priori), des conceptions concurrentes de la justice sociale s'opposent ou se complètent. Il faut dire ici que le revenu universel présente, entre autres, l'intérêt de rassembler, certes avec des visées différentes, des libéraux radicaux, des socio-démocrates conséquents, des utopistes provenant d'horizons pluriels. L'ouvrage se poursuit avec les controverses et les évaluations relatives aux effets redistributifs généraux d'une telle réforme (on peut aussi dire révolution)

ainsi qu'aux effets sur plusieurs catégories de la population, les pauvres, les jeunes et les femmes notamment. Souvent le sujet revient à des confrontations expertes entre économistes et philosophes, retentissant de façon militante dans le débat public intéressé. Ici le droit et le pragmatisme politique renforcent le propos, surtout pour décortiquer les voies et moyens des expérimentations à la française, voire les conditions d'une réalisation plus complète. Ce livre ne prend pas vraiment position. Il fait mieux, il balise. Et, comme l'indique son chapitre conclusif, le débat continue.

Michel Borgetto et Géraldine Gadbin-George (dir.), *Le tiers secteur en France et au Royaume-Uni. Déclin ou perfectionnement de l'État-providence ?*, Éditions Panthéon-Assas, 2021, 294 pages, 29 euros.

Ce volume, rassemblant 18 contributeurs venus des deux rives de la Manche, traite d'une très importante question. Le recours au « tiers secteur », par rapport donc aux deux secteurs marchand et public, signe-t-il un affaiblissement ou un approfondissement de l'État-providence ? La problématique s'avère de plus en plus prégnante en France, mais aussi au Royaume-Uni, pour ce qui relève particulièrement des politiques sociales. D'un côté, les associations (que les jeunes appellent « assos ») sont généralement célébrées tout en étant de plus en plus encadrées en termes de financement et orientées en matière de stratégie. De l'autre, l'appel à la société civile (à la « Big society » comme aimait la valoriser le gouvernement Cameron) est toujours aussi pressant. Le « tiers secteur » demeure cependant une notion ambiguë, liée à celle, tout aussi indéfinie mais généralement connotée positivement, d'économie sociale et solidaire. En réalité les frontières entre les secteurs sont poreuses (c'est ce que souligne Robert Lafore). En France, solidarisme et mouvement coopératif incarnent, chacun à sa manière, des fondements philosophiques et concrets de ce dossier. Les organismes caritatifs britanniques connaissent les mêmes interrogations, en contribuant aux mêmes réalisations, celles d'un édifice de protection sociale qui a besoin d'eux. Le mouvement contemporain, dans les deux contextes, se caractérise par une mise en concurrence accrue. Les pouvoirs publics fonctionnant de plus en plus par appels d'offre, mettent de la pression sur ce tiers secteur supposément à la fois plus réactif et moins commercial. Un thème capital, au-delà de la dépendance aux fonds publics, relève de la démocratie (sujet de Jean-Louis Laville). Le « tiers secteur » se singularise par sa gouvernance, et par l'importance qui tient le bénévolat. En gros, les auteurs soulignent, pour une part, de la privatisation chez les acteurs publics et de la marchandisation chez les non-lucratifs, pour une autre part, une démocratisation possible de l'ensemble des institutions. L'ensemble de l'ouvrage permet, notamment, de saisir des évolutions et controverses françaises à l'aune du Royaume-Uni où, ceteris paribus (« all other things being equal »), elles se présentent sous des formes très similaires. En tout cas comparables.

Serge Paugam, *L'attachement social. Formes et fondements de la solidarité humaine*, Éditions du Seuil, 2023, 600 pages, 27 euros.

Virtuose de la typologie, Serge Paugam propose une actualisation de quatre décennies de travaux et une mise en perspective internationale. Son ambition : fournir un cadre d'analyse pour penser les solidarités humaines.

Le sociologue décortique l'entrelacs des liens sociaux à partir desquels nous concilions aspirations individuelles à l'autonomie, nécessaires interdépendances et obligations collectives. L'auteur distingue quatre liens : de filiation (la famille), de participation électorale (les relations sociales extra-familiales), de participation organique (l'univers professionnel), de citoyenneté (la nation). Nos existences se tissent à partir de ces dimensions qui, entrecroisées, forment le tissu social des groupes et des territoires. Ces entrecroisements constituent la matière de l'attachement. La notion, commune en psychologie, a toute sa validité en sociologie. En l'espèce, Paugam distingue quatre types de régulation des liens sociaux. Ce sont les quatre « régimes » de l'attachement : familialiste (où prime le lien de filiation), volontariste (lien de participation électorale), organiciste (participation organique), universaliste (citoyenneté). On repère le premier (familialisme donc) dans des pays aussi différents que le Brésil et le Japon, le deuxième (volontarisme) se dégage aux États-Unis. La France se caractérise par son organicisme (vive le corporatisme et les statuts !). Les pays nordiques vivent une forme d'universalisme (régulée par la morale civique).

Ces typologies renouvellent et complètent des catégorisations classiques, en particulier au sujet de l'État-providence. Leurs usages permettent de saisir les entrecroisements des liens, leurs ruptures possibles ainsi que les changements et les cumuls de difficultés qui peuvent en résulter. L'ensemble fait la mosaïque de l'attachement. Dans certaines configurations, les liens libèrent, dans d'autres ils contraignent. Paugam, toujours à la recherche de clés de compréhension, distingue encore les deux dimensions de la protection (« compter sur » quelque chose ou quelqu'un) et de la reconnaissance (« compter pour »). Tout cet appareil conceptuel autorise une évaluation des dynamiques sociales et des facteurs de fragilité.

Mêlant théorie et observations empiriques, ce vaste travail repose sur ce qui est mis au cœur de l'ouvrage : une base de données sur les liens sociaux, renseignée dans 34 pays (avec sources et méthodes en ligne). La statistique dessine les contours de sphères particulières et classe les différents pays sans les affecter définitivement à une catégorie figée.

On pourra regretter quelques données, au-delà de la base originale, qui parfois datent. Sur la forme, le lecteur pourrait souhaiter davantage de synthèse dans cette somme. Reste l'essentiel : une voie attachante pour apprécier la réalité des sociétés et de leurs institutions, notamment en termes de protection sociale et de protections rapprochées comme la famille.

NOTES DE LECTURE

Par **Gilles HUTEAU**,

Professeur, Université de Rennes, CNRS, DCS -UMR 6297, EHESP)



Philippe BATIFOULIER et Marion DEL SOL (dir.), *Plus d'assurance santé pour moins de protection ? Le patient face au marché*, IODE, Coll. Amplitude du Droit, Rennes, 2022, 333 pages.

Un titre de livre aussi accrocheur pourrait laisser croire à un essai sur les complémentaires santé. D'ailleurs, ce ne serait guère étonnant s'agissant d'un thème de débat récurrent, de surcroît soulevé avec acuité en 2022 avec l'idée de la Grande Sécu. Pour autant, cet ouvrage collectif relève d'un tout autre registre puisqu'il vise à rendre accessible à un public initié des travaux de recherche menés par une vingtaine d'auteurs de différentes disciplines – droit, économie, histoire, sociologie, science politique – et spécialisés dans l'étude de la protection sociale.

Même si chacun de ses 22 chapitres peut se lire de façon séparée, l'intérêt de cette publication réside d'abord dans son appréhension globale d'une question qui est susceptible d'une grande diversité de facettes. Comme l'indiquent dès leurs propos introductifs Philippe Batifoulier et Marion Del Sol, l'objectif est « d'interroger le développement du marché de l'assurance santé au regard de la protection dont bénéficient les individus quand ils doivent acquitter les frais de santé ». Puis ils retiennent l'hypothèse selon laquelle « Plus d'assurance santé ne conduit pas forcément à davantage de protection. Au contraire, dans certains cas, quand le marché de l'assurance santé s'est développé, la protection s'est détériorée ». C'est précisément la mise en évidence de cette situation paradoxale qui confère à l'ouvrage toute sa pertinence d'autant plus que les auteurs mettent le patient au centre de leurs analyses.

Cette approche générale invite à privilégier la clarté des contenus, et le choix de les décomposer en quatre parties se révèle judicieux. La première, intitulée « Le patient et sa mutuelle », retrace de façon rétrospective l'évolution de la mutualité puis met l'accent sur les défis auxquels elle est aujourd'hui confrontée avec le marché européen de l'assurance santé. En particulier, s'il s'accompagne de phénomènes de concentration, ce nouveau contexte amène les mutuelles à tenter de se différencier des autres organismes complémentaires d'assurance maladie, comme en témoignent les services de soins et d'accompagnement mutualiste. La deuxième partie, intitulée « Le patient et son employeur », est consacrée principalement à la loi du 14 juin 2013 qui rend obligatoire l'assurance maladie complémentaire pour les salariés du secteur privé,

dans l'attente d'une prise en compte des agents de la fonction publique, dénommés à l'occasion les « ex-oubliés de la couverture santé collective ». Sans aucun doute est-il opportun comme l'indique un auteur de considérer que cette loi instaure moins une généralisation de la couverture complémentaire qu'un basculement de l'individuel vers le collectif. En effet, la négociation dans le cadre de l'entreprise de régimes collectifs de complémentaire santé est susceptible de déboucher sur des inégalités entre salariés en dépit de leur encadrement législatif. La troisième partie, intitulée « Le patient et le contrat d'assurance », dresse un panorama des contrats individuels et collectifs particulièrement éclairant avec d'un côté des contrats fortement standardisés et de l'autre, des contrats aux garanties fortement différenciées, essentiellement des contrats individuels. Il est également à noter la prise en compte de la prévention, notamment de l'accroissement de la place de la prévention au travail sous l'effet du développement des régimes collectifs de complémentaires santé. La quatrième partie, intitulée « Le patient, la Sécurité sociale et ses remboursements », s'attache à envisager la question traitée au prisme de la solidarité nationale. Outre le constat prévisible d'une fragmentation des solidarités face aux risques de santé, elle consacre un chapitre riche d'enseignements à la réforme du 100 % santé en vue de déterminer s'il s'agit d'un dispositif de solidarité ou d'un faux-nez du marché.

Au terme de ce travail d'analyse approfondi, et enrichi de comparaisons internationales, l'ouvrage s'achève par un chapitre conclusif faisant une appréciation sans concession de l'organisation en deux blocs des assurances maladie (sécurité sociale et assurance complémentaire) en France. Ainsi il souligne que « L'enjeu du débat n'est pas économique – les organismes complémentaires sont moins efficaces et plus inégalitaires que la Sécurité sociale – mais politique ». L'absence de suite donnée à l'idée de Grande Sécu, qui avait été envisagée par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, fait singulièrement écho à ce point de vue...

Premier ouvrage d'une collection créée par le laboratoire CNRS Institut de l'Ouest : Droit et Europe (IODE), dénommée « Amplitude du droit », un tel livre mérite l'attention, sachant qu'il est en accès libre sur le site internet de IODE (<https://iode.univ-rennes.fr>).

Julien Damon, *Toilettes publiques. Essai sur les commodités urbaines*, Presses de SciencesPo, 2023, 210 pages.

Un nouvel ouvrage de Julien DAMON vient de sortir, et c'est déjà en soi une bonne nouvelle. Comme l'indique son titre cet essai consiste à porter un regard sur un sujet en apparence décalé... à savoir les toilettes publiques. Une fois passé l'effet de surprise et un moment de perplexité, une interrogation vient spontanément à l'esprit : qu'est-ce qu'un sociologue, de surcroît professeur à Sciences Po, à HEC et à l'EN3S, peut-il bien écrire sur cette question ?

Sans plus attendre, l'auteur rappelle dès l'introduction combien les toilettes, publiques ou non, occupent une place notable dans notre vie. Quelques données chiffrées sont avancées à l'appui : « à raison de 4 à 5 passages quotidiens, soit dix

minutes par jour en moyenne (...) nous y délestons un litre d'urine et 200 grammes de matières fécales par jour ». Pour autant, ce constat liminaire ne saurait ramener le sujet à une approche physiologique ; l'auteur est sociologue et c'est sous un autre prisme que les toilettes publiques sont ici envisagées. C'est précisément tout son talent que de remettre en perspective cette question en se référant à l'évolution des sociétés humaines. Une orientation d'autant plus pertinente qu'elle renvoie à la fois à des préoccupations de santé publique, sociales et sociétales, voire écologiques.

Aussi n'est-il guère étonnant, au vu de ses champs d'expertise, que Julien DAMON se soit penché depuis une quinzaine d'années sur les toilettes publiques. Il leur avait déjà consacré un article marquant dans la revue *Droit social* (2009) avant de leur accorder plus récemment une occurrence dans le « Que sais-je » *Les 100 mots de la politique de la ville* dont il est coauteur (2021). Son engouement vis-à-vis de ce sujet l'a également conduit à effectuer un vaste travail d'investigation documentaire en vue d'enrichir le contenu du livre et d'en affiner les analyses.

À la faveur d'une rétrospective historique charpentée, cet essai s'attache tout d'abord à mettre en évidence les enjeux hygiénistes et de santé publique en lien avec les toilettes publiques. On constate en la circonstance que leurs mises en place témoignent d'exigences croissantes de salubrité publique, à corréluer au niveau de développement des sociétés humaines. Pendant longtemps les déjections et mictions étaient déversées dans la rue, faisant des villes de véritables « toilettes à ciel ouvert » et entraînant, comme au Moyen Age, typhoïde, choléra et hépatites, alors que plus tôt la Rome Antique avait commencé à répondre à ce problème. Il a fallu attendre le courant du XIX^e siècle pour voir les capitales européennes se doter des premières formes de toilettes publiques. Paris ne fut pas en reste avec l'installation des fameuses vespasiennes à l'initiative du préfet Rambuteau. Au cours de la même période sont également apparus les premiers Water-closets à l'exposition universelle de Londres de 1851. Par la suite, le recours aux toilettes publiques s'est étendu dans les capitales et les grandes villes même si elles manquent parfois dans les centres urbains. Aujourd'hui, s'il est en partie résolu dans les pays du Nord, l'accès à ces équipements reste contrarié dans certains pays du Sud, notamment en Afrique et en Asie, ce qui entraîne des conséquences sanitaires désastreuses à partir du moment où des déjections anarchiques deviennent sources de pollution des eaux.

L'intérêt de ce livre n'est pas seulement à apprécier sous l'angle des progrès de la santé publique, tout au moins dans les sociétés occidentales du Nord. Spécialiste reconnu de l'urbanisme et de la lutte contre la pauvreté et les exclusions, Julien DAMON n'oublie pas d'appréhender les enjeux sociaux correspondant à la présence de toilettes sur les lieux publics, notamment pour les personnes dépourvues de toilettes privées comme les personnes sans-abris. « Elles bricolent à partir d'un éventail de possibilités qui vont des expédients les plus indicibles aux pratiques les plus communes ». À défaut de d'avoir librement accès à des toilettes publiques, elles peuvent en être réduites à se soulager dans les rues, les parcs, etc. Par ailleurs, les conditions d'emploi de certaines catégories de travailleurs soumis à des mobilités géographiques (facteurs, chauffeurs, etc.) ne sont guère plus enviables si ce n'est que les intéressés peuvent avoir plus de facilités à recourir aux toilettes des cafés ou brasseries, sous réserve d'y être acceptés sans être tenus de consommer.

Sur le plan sociétal, la question de l'accès aux toilettes publiques en fonction du genre se pose également. Appréciée en termes de superficie, l'offre de toilettes dans les établissements publics semble pourtant égale entre les hommes et les femmes, mais selon l'auteur il existe néanmoins des disparités de traitement entre les sexes au motif que les femmes doivent systématiquement s'asseoir ou s'accroupir, d'où un temps de passage plus long aux toilettes. Et il nous propose des solutions pour améliorer ici la condition féminine comme augmenter le nombre d'urinoirs féminins ou agrandir les espaces toilettes des femmes au détriment de celui des hommes... Autant de mesures qui, si elles peuvent être fondées, mériteraient d'être appliquées avec discernement, au cas par cas en fonction de chacun des lieux et des publics concernés.

Dans une perspective plus stimulante, Julien DAMON a eu aussi l'idée d'indiquer dans quelle mesure les innovations technologiques peuvent déjà changer la physiologie des toilettes publiques. Ainsi au Japon, à Singapour ou en Corée, apparaissent déjà des toilettes lavantes ou des toilettes aux ambiances musicales personnalisées. Pistes plus futuristes encore, l'évocation de toilettes connectées capables d'analyser selles et urines, et la proposition dans ce cadre d'une offre de santé préventive et prédictive.

Se positionnant sur le terrain juridique, l'auteur conclut son ouvrage en proposant d'inscrire un « droit aux toilettes publiques », en quelque sorte un droit opposable, dans les règles d'urbanisme et dans le droit des collectivités territoriales. Il est vrai qu'il n'existe actuellement aucune obligation législative ou réglementaire pour les communes de disposer de telles toilettes. Or, il reste encore un sous équipement dans ce domaine en France, bien que les besoins soient amenés à croître avec le vieillissement de la population. Encore conviendrait-il également que la propreté de ces toilettes soit assurée !

Tout au long des chapitres de son livre, Julien DAMON sait captiver le lecteur, sachant mettre au profit de ses développements une plume à la fois alerte et incisive. De surcroît, son livre est agrémenté d'une quarantaine de photographies afin d'en illustrer les développements d'une façon significative.

C'est vraiment un ouvrage passionnant, qui est à découvrir dès maintenant, ou pourquoi pas, à lire sur les plages cet été, peut-être même aux abords de toilettes publiques du bord de mer. Il est en effet permis selon le Conseil d'État, en vertu d'une considération de santé publique, de déroger pour ce type d'équipement à l'interdiction d'édifier toute construction ou installation dans la bande du littoral de 100 m (CE, 8 octobre 2008, n°293469). Ainsi entendues comme un équipement public essentiel à la vie humaine, les toilettes publiques méritent amplement ce beau livre qui leur est consacré !

La revue Regards est aussi la vôtre.

Un projet de votre organisme
vous tient à cœur ?

Vous avez lu un ouvrage professionnel
qui vous a marqué ?

Vous souhaitez partager avec vos pairs ?

Contactez-nous.

Christophe Albert
Courriel : christophe.albert@en3s.fr



Achévé d'imprimer en mai 2023
sur les presses de REBOUL IMPRIMERIE
24-26, rue des Haveurs
ZA Montmartre – BP 351
42100 Saint-Étienne
N° d'imprimeur : 1466
Dépôt légal : 2^e trimestre 2023



La prévention a, en matière de protection sociale, le vent en poupe. Sa définition ne va pourtant pas de soi. Les orientations des politiques et des stratégies qui l'incarnent ne sont pas non plus évidentes. Alors que la formule « mieux vaut prévenir que guérir » se répète à l'infini, il est, d'abord, malaisé de distinguer les spécificités qui font la prévention, concept aux multiples facettes. La visée n'en reste pas moins fortement valorisée, et ce pour tous les risques de protection sociale. Des définitions et périmètres divers caractérisent maintenant la prévention. Des fonds dédiés lui sont consacrés. Des métiers particuliers la singularisent. La prévention prend aujourd'hui une ampleur et une importance grandissantes avec l'amélioration continue de la gestion des risques, avec des techniques innovantes, mais aussi à mesure du vieillissement de la population. Quels sont vraiment les impacts repérables, tant sur la vie quotidienne que sur les comptes sociaux ? De quelles expériences s'inspirer ? Quels rôles pour les organismes et quels métiers pour les professionnels ? Quels équilibres nouveaux pour la protection sociale ? Mobilisant des universitaires et des opérateurs, cette livraison de « Regards » apporte des réponses, actualise des débats et trace des perspectives.