



Sous le parrainage de
Catherine VAUTRIN,
Ministre du Travail, de la Santé,
des Solidarités et
des Familles de France



MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES

Liberté
Égalité
Fraternité



ASSISES DES PRÉVENTIONS EN SANTÉ

“Innover pour relever
le défi des préventions en santé”

Mardi 13 mai 2025
8h00 /18h30
PariSanté Campus
75015 Paris



SYNTHÈSE DES DÉBATS

AROMATES RELATIONS PUBLIQUES
169 Rue d'Aguesseau 92100 Boulogne-Billancourt
Contact : aromates@aromates.fr
Document rédigé par Nicolas Brizé
photos © Julien Hananel / Aromates



INTRODUCTION

Jacques MARCEAU, président d'Aromates



« Ces premières Assises ont l'ambition de passer de la volonté politique à la pratique, en proposant de vraies solutions concrètes et innovantes pour la santé des Français dès 2026. »

À un moment où le système de santé est à bout de souffle, émergent des solutions crédibles pour répondre au défi de la prévention en santé – et quel défi ! – tant les facteurs sont hétérogènes : éducation, alimentation, hygiène, styles de vie, environnement, situation géographique... Le comité de programme de ces Assises a choisi d'explorer quatre domaines de la prévention où l'innovation est en mesure de relever ce défi :

- **Innovation technologique** : les dispositifs connectés, la science de la data et l'intelligence artificielle rendent possible la mise en œuvre d'une stratégie industrielle de prévention personnalisée. À la clé, l'objectivation et le suivi individualisé de l'état de santé des citoyens ;

- **Innovation organisationnelle** : une approche territoriale doit privilégier la proximité et prendre en compte les disparités géographiques et socioculturelles. Seuls les acteurs de terrain sont capables de pallier l'indisponibilité des professionnels de santé accaparés par leurs missions de soignants, notamment ceux qui exercent au domicile des patients. Une réorganisation de leurs missions et de leurs modes de rémunération s'impose ;

- **Innovation dans l'éducation** : c'est le parent pauvre de la prévention en santé. Nous verrons comment influencer sur les comportements avec le projet de rendre désirable la bonne santé ;

- **Innovation financière** : dans un contexte de dégradation des comptes publics, comment financer aujourd'hui les économies de demain ?

POUR UNE POLITIQUE INDUSTRIELLE DE PRÉVENTION

Docteur Cyril ISAAC-SIBILLE, député du Rhône

En 1945, nos prédécesseurs ont fait la promesse de prendre en charge les soins des Français quels que soient leurs comportements. On vote chaque année un Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) qui dépasse les 260 milliards d'euros. Les Français sont bien pris en charge, 96 % ont des complémentaires. Le système de soins est arrivé à son apogée. C'est la fin d'une

époque. L'espérance de vie a augmenté, mais faute de prévention, l'espérance de vie en mauvaise santé aussi, avec une explosion des maladies chroniques. **Notre rôle est de proposer une nouvelle vision du système de santé.** Le moment est venu de mettre en place une politique industrielle de la prévention, ce qui suppose une stratégie et une organisation systémiques. Aujourd'hui, il n'y a ni priorités ni



objectifs. Pour produire de la prévention, il faut définir des priorités, des objectifs, en se basant sur des indicateurs qui ciblent des populations, et non plus des individus.



« La richesse des données de santé doit permettre de bâtir une politique industrielle de prévention populationnelle. »

Un fossé se creuse. « Manger 5 fruits et légumes par jour », c'est bon pour ceux qui sont en bonne santé ; les autres n'écoutent pas ce message. Une approche populationnelle va aller cibler les lieux de vie, les enfants à l'école, les actifs sur leur lieu de travail, les retraités dans les associations... Pour que nos comportements changent, il faut aussi changer notre environnement. Un plan vélo va stimuler l'activité physique, un usage modéré des écrans va améliorer la qualité du sommeil...

Au moment où le **PLFSS 2026** est en préparation, l'élu attend de ces Assises des solutions pratiques, concrètes, opérationnelles assez rapidement, afin de les relayer à l'Assemblée nationale.

LA FRANCE A LES MOYENS, LES TALENTS ET L'URGENCE D'ÊTRE LA NATION DE LA SANTÉ PRÉVENTIVE

Professeur Antoine TESNIERE, directeur général de **PariSanté Campus**

La prévention est un enjeu majeur pour notre système de santé et pour la population. 80% des dépenses de santé sont actées sur le soin (12% du PIB) et seulement 2,3% sont dédiées à la prévention (DREES). L'espérance de vie en bonne santé a tendance à stagner sous le fardeau des maladies chroniques. Il convient d'investir en amont pour mieux les traiter. Prévenir c'est guérir mieux, plus tôt, et souvent à moindre coût.

« Le moment est venu de changer de paradigme si l'on veut réussir à améliorer la prise en charge des patients et à mieux équilibrer les enjeux financiers du système de santé. »



Les leviers d'investissements sont considérables : 80% des maladies chroniques sont évitables et retardables notamment via des changements de comportements (OMS). L'UE nous apprend qu'**1 euro** investi dans la prévention peut rapporter jusqu'à **+ 14 euros** en bénéfices économiques et sociaux. Parmi les nombreux exemples dans le monde, le programme Santé Active au Canada a permis de réduire de **- 22%** les hospitalisations dans un groupe à risques grâce à des stratégies de prévention innovantes.

Les outils numériques, les algorithmes et l'intelligence artificielle sont des catalyseurs extrêmement intéressants pour le déploiement de programmes de prévention personnalisée. C'est tout le sens de l'écosystème de PariSanté Campus, qui déploie de nombreuses actions, par exemple pour la détection précoce des risques de



cancer, de santé mentale ou de maladies cardiovasculaires avant les premiers symptômes. La littérature scientifique le démontre en Europe, aux États-Unis ou ailleurs. Les nombreuses applications de santé et l'outil "Mon espace santé" constituent un formidable espoir pour créer un écosystème de prévention intégré, basé sur les données, et qui associe des enjeux éthiques et de souveraineté.

« Si soigner prolonge la vie, prévenir c'est donner du sens à la vie. »

Pour parvenir à une prévention équitable alignée sur notre pacte républicain et notre protection sociale, nous devons agir sur **les déterminants sociaux**. Il y a 13 ans d'écart d'espérance de vie entre les quartiers les plus pauvres et les plus riches à Marseille ou à Paris (ARS). **Les comportements** sont des gisements d'amélioration très forts, que ce soit dans le domaine des addictions, de la sédentarité, de la malnutrition, malheureusement plus fréquentes dans les classes sociales défavorisées. L'enjeu est de construire des **actions de terrain avec les collectivités**, les associations et les écoles, et de mobiliser l'ensemble des acteurs dans une approche de la santé dans toutes les politiques, celles du système de santé, des collectivités locales, de l'urbanisme, de l'alimentation, ou encore de l'école et du travail.

La France a tous les outils pour devenir leader de la prévention en santé en Europe. C'est le sens de cette journée de débats : changer d'échelle, avancer sur des projets concrets, évaluer, changer de culture, diffuser une culture de la prévention portée par l'innovation, la science et l'éthique, en travaillant dans des logiques d'interdisciplinarité incluant les territoires, les patients et les citoyens.

KEYNOTE

PRÉVENTION EN SANTÉ DANS LE MONDE :

« GÉNÉRALISONS LES BONNES PRATIQUES ! »

Docteur Guillaume DEDET, analyste à l'OCDE

Dans les pays de l'OCDE, les dépenses de santé représentent en moyenne 9% de la richesse nationale ; d'ici 2050, elles atteindront 12% du PIB. Pour faire face à ce mur budgétaire, et pour maintenir les gens en bonne santé, la division Santé de l'OCDE préconise des leviers d'actions : la sécurité des soins, la prescription rationnelle, l'efficacité dans la gestion du système de santé et des dépenses, et la prévention.

« Un quart des dépenses de santé sont au mieux inutiles, au pire dangereuses ou redondantes. Depuis vingt ans, nous considérons à l'OCDE que la prévention est un pilier dans les politiques de santé publique pour faire face au mur fiscal. »

Aujourd'hui, **les pays de l'OCDE consacrent seulement 3% des dépenses de santé à la prévention**. Ce niveau est stable depuis 20 ans. « C'est ridicule ! » Le Dr Dedet propose a minima de doubler d'ici 5 ans l'enveloppe de la prévention **en passant à 6%**. C'est possible, et les analyses de l'OCDE démontrent que c'est profitable à tous points de vue.

80% des dépenses de santé vont dans les maladies chroniques, 60% de cette charge est imputable à des facteurs de risques évitables comme le tabac, l'alcool ou le surpoids. Le coût de l'obésité est astronomique : 8,4 % des dépenses de santé (soit 3,3% du PIB), et des enfants en échec scolaire. « Les enfants qui ont un poids normal ont 11% de réussite scolaire en plus. »



« Les modélisations de l'OCDE sur le tabac, l'alcool et le surpoids, démontrent le potentiel majeur de la prévention pour améliorer la santé de la population et réduire les dépenses, avec des effets à court terme. »

En matière de lutte contre l'obésité, le retour sur investissement est excellent. « **Chaque euro investi dans la prévention de l'obésité rapporte jusqu'à 6 euros sous la forme de bénéfices économiques totaux.** » Parmi les bonnes pratiques de prévention, l'OCDE a identifié des dizaines de programmes à l'étranger : la réglementation de la publicité, l'étiquetage Nutri-Score et des menus, les campagnes médias, l'intervention combinée sur le mode de vie aux Pays-Bas (conseils diététiques, activité physique, changements de comportements), la lutte contre la sédentarité au travail, mais encore les programmes scolaires, la prescription d'activité physique sur ordonnance (utilisée depuis longtemps en Suède), le programme communautaire "Jeunes en bonne santé" (aux Pays-Bas), le programme de formation multimodale basé sur l'exercice pour les personnes de 65 ans vivant à domicile (Islande) ou encore les applications mobiles...

La généralisation du Nutri-Score dans les pays européens éviterait **2 millions de cas de maladies chroniques** d'ici à 2050 avec des effets de synergies et d'externalités : les bénéfices sur la santé et le bien-être, la réduction des dépenses de santé et l'augmentation de la productivité, sachant qu'un actif en bonne santé travaille mieux, plus longtemps, et part plus tard à la retraite.

L'analyse coût-efficacité d'une politique de prévention ne fait aucun doute. L'investissement dans la prévention permettrait de surmonter le scénario intenable des dépenses de santé qui se profile d'ici 2050. « **Les bonnes pratiques sont connues, on les a identifiées. Il suffit de les généraliser. Qu'attendons-nous pour les mettre en œuvre ?** »

EN SAVOIR PLUS : [L'obésité et l'économie de la prévention](#), rapport OCDE, 2010

Keynote **CONSTRUIRE UNE CULTURE GÉNÉRALE DE LA PRÉVENTION**

Marie-Do AESCHLIMANN, sénatrice des Hauts-de-Seine, rapporteure de la mission d'information sur les politiques de prévention en santé

En France, les préjugés ont la dent dure. « La prévention est trop souvent perçue comme une charge, regrette la sénatrice ; en réalité, c'est un investissement dans l'avenir. Prévenir, c'est éviter des hospitalisations, maintenir en bonne santé, améliorer la qualité des soins, la productivité, la production économique. » Les auditions menées par

la commission des affaires sociales au Sénat ont établi un état des lieux général : « **Les inégalités d'accès à la prévention reproduisent voire accentuent les inégalités d'accès aux soins** », là où, au contraire, la prévention devrait constituer « un outil de lutte contre les inégalités, à condition d'atteindre les usagers ». Aller vers... les populations les moins réceptives.



Les recommandations de la commission seront publiées en septembre 2025. Parmi les pistes de réflexion, la sénatrice fait part de son étonnement : « La DREES reconnaît ne pas disposer de données précises sur les dépenses consacrées à la prévention. » D'après les dernières données (de 2016), les dépenses institutionnelles s'élèveraient à 6 Md€, les dépenses non institutionnelles à 9 Md€. « **Tant qu'on ne mesure pas clairement, on ne peut pas piloter.** »

Beaucoup d'acteurs auditionnés plaident en faveur d'un **pilotage renforcé, coordonné et plus intégré de ces politiques au niveau national et territorial**. La richesse des initiatives locales (écoles, employeurs, associations, complémentaires...) est précieuse mais « trop peu encouragée, souvent financée à court terme, voire abandonnée et difficile à pérenniser ». Cependant, certaines actions (sur le cancer ou le tabac) montrent que la prévention peut faire l'objet d'un investissement sérieux et durable. Les champs d'intervention sont nombreux et complexes : addictions, nutrition, activité physique, vaccination, dépistage et prévention des maladies chroniques, santé périnatale, santé mentale, santé sexuelle, santé au travail, repérage de la perte d'autonomie...

La sénatrice alerte sur la **fragilité croissante des services de protection maternelle et infantile**, et aussi de la **médecine scolaire**, « trop négligée ». Les infirmier(e)s scolaires réalisent 18 millions de consultations par an : véritables référents santé des élèves, ils jouent un rôle

crucial dans la prévention, le repérage des fragilités et l'éducation à la santé.

« **J'ai fait adopter un amendement pour reconnaître la santé scolaire comme une spécialité. J'espère que les députés voteront pour le développement d'une filière qui améliorera le capital santé des futurs adultes.** »



D'importantes mesures ont été inscrites dans les LFSS : généralisation des bilans de prévention, délivrance gratuite sans prescription de préservatifs pour les moins de

26 ans, vaccination contre le HPV dans les collèges, expérimentations article 51 pour tester des innovations organisationnelles et financières en santé. Et de citer le programme ICOPE de l'OMS, un parcours de prévention et de soins intégré pour les seniors à domicile qui a été mis en place en Isère. « 87% des bénéficiaires déclarent avoir mis en œuvre les conseils reçus avec des effets concrets sur leur bien-être. » **Généralisons ce type de logique proactive, concrète, objective, de proximité territoriale, à tous les types de populations.** »

« **La prévention est un impératif de justice sociale.** Construire une culture générale de la prévention, c'est poser un diagnostic, analyser, investir là où l'impact est mesuré efficient-efficace, sur la qualité de vie, la santé publique, la soutenabilité économique de notre modèle social. » La sénatrice attend de ces Assises des propositions qu'elle soumettra au PLFSS 2026.



KEYNOTE

HÔPITAL ET TERRITOIRES DE SANTÉ :

LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE A FAIT SES PREUVES

Antoine MALONE, responsable du pôle Prospective, international, **FHF** (Fédération hospitalière de France), chercheur, **ENAP** (École nationale d'administration publique, Montréal)

La première des propositions serait de basculer dans une approche intégrée de la santé, qui cible des populations définies dans une démarche d'amélioration continue de la prise en charge de chacun des patients et de l'efficacité des ressources existantes, tout en permettant aux professionnels de santé de trouver du sens et de la satisfaction. Pour atteindre ces 4 objectifs, il y a 3 conditions : d'excellents professionnels de santé, des patients, des proches et un bassin de vie « qui participent », un environnement sain où l'on peut bouger et manger correctement.



« L'approche populationnelle : un système de santé plus solidaire, plus efficient, plus attractif, et plus humain. »

En pratique, la FHF a porté depuis 2021 ce modèle d'intégration clinique dans cinq territoires pilotes (1,5 million d'habitants) vers deux populations cibles : les patients diabétiques et insuffisants cardiaques. En France, 18 millions de personnes ont un risque de diabète. 13 000 diabétiques ont été amputés en 2024. Il faut prévenir. Cette expérimentation article 51 associe toute la médecine (libérale, hôpital public et privé, ARS,...) et tous les acteurs du territoire (entreprises, services sociaux, santé au travail, éducation nationale, soignants, Croix-Rouge, Restaus du Cœur...), y compris les patients. Le cœur du modèle repose sur la capacité à connaître les besoins réels de santé des habitants. Pour cela, chaque territoire a créé avec ses acteurs locaux un programme de santé spécifique (de la prévention primaire jusqu'à la gestion des maladies complexes).

Faire assoir les gens ensemble ! Les résultats sont significatifs. « Ce modèle participatif a permis de construire une pyramide des besoins de santé des populations cibles en faisant dialoguer les profils cliniques et la consommation du système de santé. » Plus de **1 000** professionnels et **130** partenaires ont co-réalisé plus de **1 100** actions « aller vers » les personnes les plus éloignées du soin. **22 000** personnes à risques ont été sensibilisées, et aujourd'hui **65 000** patients sont suivis dans des parcours santé coordonnés en ambulatoire. **Les admissions en urgences et la durée des longs séjours à l'hôpital des patients diabétiques ont diminué de moitié.** À fin 2023, **le coût moyen d'hospitalisation de la prise en charge est 6% inférieur à la moyenne nationale** (alors que le nombre de patients diabétiques a augmenté puisqu'on est allé les chercher).

Ce modèle apprenant est transposable à d'autres territoires. « **Plus de trente territoires nous ont contacté pour lancer la démarche chez eux. Ils sentent que c'est la bonne chose à faire parce ça améliore la qualité du travail. Qu'attendent les pouvoirs publics pour généraliser ce modèle. En avant !** »



TABLE RONDE 1 > INNOVATION TECHNOLOGIQUE

PRÉVENIR PLUTÔT QUE GUÉRIR : AUJOURD'HUI, C'EST POSSIBLE !

COMMENT RÉUSSIR À INDUSTRIALISER LA PRÉVENTION ?

Modération : Florie FILLOL, coordinatrice Stratégie d'accélération Innovation en prévention à l'Agence de l'Innovation en Santé

Intervenants :

Laurent BORELLA, directeur santé de Malakoff Humanis

Marguerite CAZENEUVE, directrice déléguée de l'Assurance Maladie

Chahra LOUAFI, directrice du pôle patient autonome, Bpifrance

Docteur Etienne MINVIELLE, directeur du Centre de Recherche en Gestion de l'École polytechnique, directeur de recherche, CNRS

Assurance Maladie : le plafond de verre de la prévention primaire

35% des Français vivent avec une pathologie chronique (112 Md€ de dépenses). La prévention apparaît comme la seule façon d'endiguer le déficit structurel de l'Assurance Maladie (14 Md€ par an), estime Marguerite Cazeneuve. Sur le cancer (25 Md€), les dépistages organisés en population générale plafonnent à 35% (pour le cancer colorectal) et 55% (col de l'utérus). En santé bucco-dentaire, plus de la moitié des soins sont prothétiques (alors qu'en Allemagne 75% des actes sont préventifs). Sur les pathologies cardiovasculaires (40 Md€), un tiers des patients passent au travers des mailles du filet et sont diagnostiqués au moment d'un épisode aigu. Pour augmenter ces taux, il faut « industrialiser la prévention ». Mais comment faire pour que « les professionnels de santé intègrent ces pratiques de manière plus systématique et que la population s'en empare » ?

Le rôle des complémentaires santé

Pour **Laurent Borella**, le retour sur investissement ne doit pas justifier une action de prévention. Chez Malakoff Humanis, c'est l'intérêt de l'assuré qui prime. « Il faut prendre le virage préventif. Nous sommes à un moment de rupture. La

French Tech est dynamique. L'enjeu est d'accélérer la prévention. Le cadre est trop contraint. »



« Libérons les énergies, créons des écosystèmes pour rendre la prévention désirable, avec pas trop de régulation, et des objectifs nationaux. » Il faut « sortir du cadre médical de la relation médecin-patient,

utiliser les solutions digitales, travailler en open innovation, construire des solutions hybrides de rupture, et élargir les territoires d'action de la prévention, notamment auprès des entreprises qui ont besoin de soigner leur marque employeur ». **Malakoff Humanis** va « prioriser des modèles de prévention personnalisée, avec l'appui de la data et de programmes d'action, et agir par de la prévention secondaire, en s'appuyant sur sa relation avec les entreprises. »

Data et prévention algorithmique

Étienne Minvielle considère que la prévention primaire butte sur des populations qui n'en ont pas forcément besoin. La répétition de la recommandation n'est pas efficace. Au Centre Gustave Roussy, on croit beaucoup à la prévention tertiaire dans un premier temps. « **Sur la base de facteurs cliniques génétiques,**



économiques et comportementaux, le recueil de données et l'IA permettent de définir des scores prédictifs. » On est capable d'anticiper la survenue de certains cancers pour des personnes à risque. Un suivi personnalisé (tabac, alcool, activité physique) prend en compte les facteurs comportementaux. « La donnée personnalisée permet de singulariser les profils dans des proportions énormes. Une startup qui travaille sur des personnes polypathologiques de plus de 75 ans peut obtenir un gain colossal, avec un taux d'hospitalisations réduit de plus de 75%. »

 **Étienne Minvielle** souhaite que « la prévention algorithmique soit inscrite dans l'article 51 pour des modèles dérogatoires (cancérologie, santé mentale, cardiovasculaire, bien-vieillir...). Une réflexion doit s'ouvrir sur l'open source et la donnée partagée, sinon des produits étrangers vont capter le marché. » Il déplore « un dialogue insuffisant entre le monde académique et le monde des pouvoirs publics ». Selon lui, « un effort est à faire sur l'évaluation » (en s'assurant qu'il n'y a pas un transfert de charges sur la médecine de ville et le domicile). Enfin, « le modèle de remboursement se pose pour ces nouvelles formes de personnalisation algorithmique, ainsi que la question de leur adoption par les professionnels et les patients ».

Chahra Louafi tempère ce point de vue. « Le plus simple, c'est la prévention tertiaire, parce qu'elle assure l'accès à la donnée en partenariat avec l'hôpital, mais tout dépend de l'objectif. En santé mentale (25 Md€ de dépenses), l'innovation technologique doit gravir plusieurs étapes (questionnaires de marqueurs de souffrance, algorithmes apprenants,...)

avant d'obtenir un marqueur prédictif de la dépression. »



Sur le financement, **Chahra Louafi** est d'accord. « Le parcours prévention reste flou. Un changement d'échelle suppose d'investir en capital, attirer des investisseurs, et installer de la confiance. « Nous avons besoin d'une feuille de route de l'Etat qui crée de la stabilité et fixe des priorités. »

Accélérer la prévention

En l'absence de filière prévention, de modèle économique et de financement, **Bpifrance** et **PariSanté Campus** ont lancé en 2023 un **accélérateur de startups de prévention en santé**. Cet appel à projets (162 candidatures, 20 lauréats) a révélé « une maturité sur la collecte de la donnée et une maturité des agences réglementaires – c'est capital, car la donnée va permettre de personnaliser et d'industrialiser les actions » ; il a permis de mesurer toute la « richesse » des sujets (en prévention primaire, secondaire et tertiaire sur toutes les maladies), et aussi une « ingéniosité pour survivre. Les entreprises multiplient les modèles économiques en segmentant des marchés et en ciblant les populations les plus justes. » Comment industrialiser la prévention personnalisée ?



Florie Fillol signale le lancement d'une **stratégie de prévention coordonnée par l'Agence de l'Innovation en Santé** dotée de 170 M€. « Un pilotage régional de la donnée permettrait de piloter et d'industrialiser. » « Le dispositif Mon Bilan Prévention est une opportunité pour outiller les professionnels de santé, faciliter la prévention algorithmique et faire gagner du temps. »



De la prévention primaire à la prévention tertiaire : que financer ?

« Dans un monde où un tiers de la population souffre d'une pathologie chronique, il paraît évident d'investir dans des outils numériques très performants en prévention tertiaire très personnalisée », indique Marguerite Cazeneuve, malgré « des modèles économiques incertains ». Avec l'APHP, la CNAM réfléchit à « un modèle plus large de financement par des équipes hospitalières de suivi populationnel de patients ayant eu des épisodes aigus ».

Sur l'industrialisation, Étienne Minvielle voit deux options : « soit l'Etat décide de mettre le paquet financièrement dans une démarche sanctuarisée avec retour sur investissement dans quelques années, soit il soutient des démarches graduées (article 51) en allant expérimenter des innovations qui ont fait leurs preuves en termes de qualité de vie et de bénéfices économiques. »

Concernant la population générale, **Marguerite Cazeneuve** veut passer un message de pragmatisme.



« C'est plus intéressant de prévenir le tabagisme que d'avoir un dépistage efficace du cancer du poumon. » Devant la multitude des initiatives sur le terrain, il lui paraît essentiel de se repositionner là où l'on a

le plus d'impact, c'est-à-dire en prévention secondaire, sur le dépistage et le diagnostic en population générale.

Les dépistages du cancer vont être réorganisés de manière plus systématique (courrier + appel + plateforme aller vers...)

mais « il restera toujours 30% de personnes que nous n'arriveront pas à atteindre ». La prévention primaire a un impact limité. En population générale, « **le dépistage précoce est un sujet culturel qui doit s'appuyer sur des expertises plus fines, sociologiques, prédictives, territoriales** », où viennent « se greffer des acteurs de la prévention personnalisée ». **La CNAM souhaite investir sur Mon espace santé « pour faire de la prévention très personnalisée. »** En prévention secondaire, « **on va tester un électrocardiogramme avec IA pour les médecins généralistes.** » Le besoin de territorialiser avec tout l'écosystème de santé est fort. 20% des enfants d'ouvriers en situation d'obésité ont une forte probabilité de développer une pathologie cardiovasculaire à partir de 50 ans. « **Ce dépistage très précoce doit se faire en lien avec l'éducation nationale.** »

Sur le cardiovasculaire, Malakoff Humanis a mis en œuvre un programme de prévention ciblé sur les facteurs de risques, qui commence par de la prévention secondaire pour continuer par du tertiaire (accompagnement ou prise en charge d'une pathologie chronique) ou du primaire selon le profil des personnes (accompagnement sur une personne consciente de ses risques et actions personnalisées). Ce type de démarche mérite « **un modèle de financement plus durable** » (comme c'est déjà le cas pour l'examen bucco-dentaire M'T Dents). » Laurent Borella attend des évolutions législatives. « **Il faut inscrire dans la loi la mission de prévention des complémentaires santé. Le cadre actuel ne nous permet pas de faire de la prévention ! Il faut aussi faciliter l'usage de données anonymisées pour proposer des dispositifs de prévention personnalisés aux assurés.** »



CONVERSATION

LA PRÉVENTION CIBLÉE DES MALADIES CHRONIQUES

Nathalie GUEVEL, directrice générale d'**Abbott France**, membre du syndicat de l'industrie du diagnostic in vitro (**Sidiv**)

Gérard RAYMOND, président de **France Assos Santé**, ancien président de la Fédération Française des Diabétiques

Jacques Marceau : *Abbott est un acteur majeur en Europe du diagnostic et de la cardiologie. Quelle est la place du diagnostic dans la prévention primaire et quelles sont les avancées les plus significatives ?*

Nathalie Guevel : Abbott a développé des technologies à double détente, des tests et des outils d'aide à la décision clinique qui nous permettent d'assurer une mission de prévention. Dans le domaine de la cardiologie, le **test de Troponine hypersensible** permet de stratifier le risque cardiovasculaire d'un sujet totalement asymptomatique. Douze mois avant un épisode cardiaque aigu, on peut agir. Dans le domaine du cancer du sein, d'autres industriels ont développé le **test BRCA** qui permet de faire des miracles. Par ailleurs, aujourd'hui **nos outils d'aide à la décision clinique et de gestion d'algorithme** permettent de coupler le résultat d'un test et de l'ordonnancer pour stratifier un risque et faire du dépistage précoce. Sur l'insuffisance rénale chronique, nos outils permettent d'obtenir un diagnostic précoce systématique suivant l'accélération ou le ralentissement de la maladie rénale. **Le couplage des tests, des outils d'aide à la décision clinique et d'ordonnancement de la donnée, permettent d'agir de manière très efficace en matière de prévention.**

J. Marceau : *Dans une société horizontalisée, de pair à pair, quel est le rôle des associations de patients pour prévenir les maladies et non plus seulement accompagner les patients dans leur maladie ?*

Gérard Raymond : Il y a 15 ans, nos études démontraient qu'on voit son médecin 4 heures par an, et tout le reste du temps, on se débrouille avec sa maladie. Les associations ont un rôle majeur d'accompagnement et de prévention. Nous avons mené des actions auprès des entreprises et des assurances complémentaires. L'industrialisation est un axe fort. **Aujourd'hui, l'enjeu pour nous est d'inscrire cette action dans la durée. Pour changer la culture de la prévention. C'est aussi une question d'aménagement du territoire et de responsabilité territoriale.**

N. Guevel : 500 000 personnes fréquentent un laboratoire chaque jour. Les biologistes sont prêts à faire des consultations de prévention. Les dispositifs existent : les consultations de prévention, le labo sans ordo (pour Mon test IST). **Les laboratoires prennent l'initiative de créer des journées de dépistage qui ne sont pas remboursées. Ce la peut être vu comme un frein.** Concernant les usagers, ce système est évidemment perfectible. **On peut améliorer l'efficacité de l'adoption de ces consultations de prévention.**





G. Raymond : Le système de santé nous a tellement habitué à attendre qu'on tombe malade pour se soigner qu'on a oublié de prendre soin de nous-mêmes. Au lieu de responsabilisation, la population entend culpabilisation. Il faut transformer notre culture, dès l'école. Il existe des programmes d'éducation thérapeutique, de responsabilité populationnelle, mais la prévention primaire n'apprend pas à prendre soin de soi-même. Il faut accompagner les personnes avec toutes les technologies de suivi et de télésurveillance.

N. Guevel : Depuis trois ans, Abbott réfléchit à ce travail pédagogique. Aujourd'hui votre médecin vous prescrit un bilan biologique, et vous devez retourner à son cabinet pour éventuellement prendre des mesures thérapeutiques. Seulement un quart des personnes retournent chez le médecin. [Abbott propose le labo sans ordo pour les consultations de prévention](#). Sur la base d'un questionnaire, le labo effectue une liste pré-ciblée de tests biologiques, et ensuite vous allez chez le médecin avec vos résultats. Cela simplifierait la vie des usagers. [Nous devons aussi améliorer la communication](#). Une démarche éclairée suppose que les usagers aient connaissance de tout ce qui est disponible pour eux.

G. Raymond : C'est ce que nous défendons : le partage de compétences sur les territoires avec tous les professionnels de santé. C'est une mission de santé publique et de prévention populationnelle sur le territoire. Nous considérons que la rémunération à l'acte n'est pas le meilleur des financements. [Le financement, qu'il soit public ou privé, devrait être ciblé sur cet accompagnement, en particulier auprès des usagers les plus éloignés du système de santé.](#)

ORGANISATION DE LA PRÉVENTION

KEYNOTE « FOCUS SUR LE MODÈLE BUURTZORG AUX PAYS-BAS »

Jos de BLOK, fondateur et directeur général de **Buurtzorg**

Buurtzorg ("Soins de quartier") est une association à but non lucratif fondée en 2007 aux Pays-Bas. Avec une équipe de quatre infirmières et un ami informaticien, Jos de Blok a construit en quelques années un système innovant de soins infirmiers à domicile à travers tout le pays. « Très frustré » par le système de santé « fragmenté, hiérarchisé, focalisé sur le curatif et la facturation », il a voulu transformer ce modèle en intervenant à l'échelle d'un quartier. Son modèle communautaire repose sur trois piliers : une vision holistique des besoins des personnes (sanitaires et sociaux), une relation soignant-soigné basée sur la confiance, un service rendu par une équipe réduite intervenant à domicile, très libre dans ses agissements, et qui vise l'autonomie de la personne en s'appuyant sur les ressources de la communauté et sur l'entraide.

[« Un service intégré, meilleur et moins cher, plus petit et plus simple »](#)

Sa formule « *Keep it small and keep it simple* » résume sa philosophie. Axé sur la qualité de vie et l'autonomie du patient, le service le pousse à se prendre en charge lui-même et à réduire les soins au maximum. » La "nurse" assure les soins et aussi les activités de la vie quotidienne, y compris la paperasserie administrative. Une facturation unique pour tout le service rendu, un accès aux soins plus facile, c'est au





final moins cher pour un résultat plus lisible.

Aujourd'hui, des équipes indépendantes de 12 infirmières interviennent dans des quartiers de 5 000 à 10 000 habitants. Pas de managers, pas de process managériaux compliqués. Les équipes s'auto-organisent. Elles sont responsables de l'organisation des soins et du process complet. C'est la seconde clé du succès : « **Si vous vous concentrez sur un quartier, vous pouvez impliquer toute la communauté autour de vous, démarrer des activités pour que les gens puissent s'entraider, et donc réduire le nombre de professionnels de santé.** »

Au final, les personnes accompagnées sont « moins dépendantes du système de santé ». **Les temps de visite à domicile ont été réduits de 40%.** « Quand vous connaissez la nature des besoins, vous intervenez sur ce qu'il faut faire et vous pouvez réduire la durée des soins. » En quelques années, le réseau Buurtzorg n'a cessé de croître. Aujourd'hui, c'est : **15 000** infirmières et soignants (100 nouvelles infirmières par mois), plus de **100 000** patients traités à domicile par an, **510 millions** de consultations par an. Les nurses assurent le reporting dans une base de données qui regroupe **un million** de patients depuis 2007.

L'association est allégée en son cœur. Le back-office comprend 2 directeurs, 21 coachs et 50 employés qui assurent les salaires et l'administration. « Notre rapport financier tient en deux pages », car le système de gestion est très simple : 6 niveaux de tarifs et des rendements de 1 à 2%, « pas besoin de plus, nous sommes à but non lucratif ».

En 2024, le Parlement néerlandais a adopté ce modèle pour réduire les dépenses de santé. Buurtzorg séduit beaucoup de pays : Taiwan, la Chine... En l'espace de huit ans, Jos de Blok se dit convaincu que nous pouvons obtenir les mêmes résultats en France. Son ambition est de développer un « **nouveau modèle apprenant de communauté de santé** ». Les nurses collectent des données de prévention qu'elles partagent dans une banque collective, qui va infuser sur la culture de prévention et favoriser le partage des savoirs avec la communauté de santé. Jos de Blok pense que cet écosystème peut voir le jour en 5 ans. « Pour transformer 100 quartiers dans un pays, nous avons besoin de 200 millions d'euros, qui éviteront des milliards de dépenses futures. Si nous nous entraïdons, et si nous mettons l'accent sur la prévention, nous pourrons éviter beaucoup de problèmes. »

LES MAIRES DE FRANCE VEULENT UN SERVICE PUBLIC DE PREMIER RECOURS

Frédéric CHEREAU, vice-président de l'**AMF** et coprésident de la commission santé, maire de Douai



« Notre système de santé valorise l'expertise technique » et « tout le monde n'a pas forcément intérêt à ce que la prévention soit très efficace. » Frédéric Chereau jette un pavé dans la mare : « Les intérêts privés, y compris dans l'hôpital public, sont dans une course à l'activité pour préserver leur finances. » C'est pourquoi il préconise **une baisse vertueuse du besoin de soins** – et la prévention y contribue – avec **une prise en charge plus tôt, et des soins moins chers.** « Si les acteurs s'organisent collectivement pour réduire les besoins de soins, les économies resteront dans le



territoire pour financer des projets, de la formation, de la recherche et améliorer le confort des soignants. »

« L'AMF réclame une vraie stratégie de prévention basée sur des indicateurs socio-économiques et socio-sanitaires pour chaque territoire. »

L'organisation territoriale de la santé est systémique. Le « bassin de vie » correspond souvent au périmètre d'une intercommunalité. Or au niveau local il n'existe pas de lieu intégré qui oblige une collaboration entre la ville et l'hôpital sur la santé publique, la prévention et les parcours de soins. Environ 30% des déterminants de santé repose sur la qualité du système de soins, 10% sur l'ADN, et 60% sur nos habitudes de vie et notre environnement. On devine aisément le rôle de « catalyseur » des élus locaux qui ont « l'expertise de l'habitant ». « Nous pouvons passer des messages dans les cantines, encourager à faire du sport, fournir des espaces verts, travailler sur la qualité du logement avec les bailleurs sociaux... »

« Un service public du premier recours reste à construire, associant la médecine de ville, l'hôpital, les élus et la galaxie d'acteurs qui ont l'expertise de l'habitant. »

Une vraie stratégie de prévention suppose de ne pas penser Soins, mais de penser Santé, et de faire travailler tout le monde ensemble en intégrant les élus locaux qui emmènent avec eux les CCAS, centres sociaux, clubs de sport, associations de quartiers, épicerie solidaire, etc. C'est la seule manière d'aller vers les plus fragiles, les plus éloignés, y compris avec l'expertise des soignants de proximité (pharmaciens, infirmières...) qui connaissent les familles.

TABLE RONDE 2 > INNOVATION ORGANISATIONNELLE

NOUVEAUX TERRITOIRES, NOUVEAUX ACTEURS

CINQ RETOURS D'EXPÉRIENCES TRÈS POSITIFS

Modération : Grégory CAUMES, expert en droit et politique de santé

Intervenants :

Dr Lionel BARRAND, biologiste libéral, président du Syndicat national Les Biologistes Médicaux

Anne-Marie JEAN, vice-présidente de l'Eurométropole de Strasbourg

Valérie FOURNIER, présidente de la fédération des ESH (Entreprises Sociales de l'Habitat)

Chrystèle LEMAN, infirmière libérale, co-directrice de l'association Soignons Humain

Éric MYON, pharmacien, président de la CPTS Paris 8, secrétaire général de l'UNPF

La méthode Buurtzorg expérimentée en France a fait ses preuves

À partir de 2019, l'association **Soignons humains** a mis en œuvre une expérimentation article 51 dans trois régions (Hauts-de-France, Paris et Occitanie) pour « innover sur l'organisation et l'économie de la santé ». Fondé sur le principe ÉQUILIBRES (Équipe d'infirmières libres

responsables et solidaires), son modèle s'inspire du modèle Buurtzorg : **1**. Une prise en charge holistique centrée sur la personne, une relation de confiance qui vise l'autonomie **2**. Travailler en équipe avec la médecine de ville (les coachs sont des facilitateurs) **3**. Rechercher la plus petite action possible et simplifier les process « en responsabilisant toujours plus le patient afin de le rendre acteur de



sa vie ». Les soins ne sont pas facturés à l'acte mais sur la base d'un tarif horaire (temps passé face au patient). Le temps gagné permet à l'infirmière de faire de la prévention et de l'éducation. Par exemple : le programme ICOPE pour prévenir la dépendance des seniors, la prévention des pathologies chroniques (dépistage de la tension), la prévention de l'aggravation des situations (détection d'une déshydratation ou d'une carence alimentaire en protéines en voyant le frigo). En six ans, « cette expérimentation a fait ses preuves, affirme Chrystèle Leman. **Les patients et les soignants sont heureux, nous économisons 30% sur un modèle de facturation classique, et pourtant on n'arrive pas à s'en sortir.** »

Grégory Caumes s'étonne. « Ce modèle fonctionne, il apporte des résultats économiques, mais il reste expérimental. Pourquoi les pouvoirs publics ne s'en emparent pas ? »

Chrystèle Leman appelle à une réforme :



« **Actons cette action et pérennisons-là ! Cela libérera les pratiques et mettra en confiance les professionnels.** D'une manière générale, elle estime qu'il faut « **rendre plus visibles les actions sur le terrain en évaluant leur impact.** Les infirmiers

doivent être formés à l'éducation et à la prévention dès la formation initiale, et re-formés durant leur activité. »

Médecine prédictive : les labos en première ligne

Avec 500 000 patients par jour et 4 500 laboratoires, la biologie médicale est un acteur de proximité de premier plan. 7 diagnostics sur 10 sont basés sur des examens biologiques pour 1,7% des dépenses de santé ; 90% des Français s'intéressent au dépistage biologique. « Ils

peuvent demander un commentaire au biologiste médical, ce qui éviterait parfois une consultation chez le médecin si le bilan est rassurant », lance d'emblée le Dr Barrand. Concernant les parcours, il attire l'attention sur **le score prédictif** de risque rénal basé sur des bilans sanguins et urinaires (la dialyse coûte 4,5 Md€). Son idée est de permettre à un laboratoire d'appeler le patient qui a dans le sang une atteinte rénale pour qu'il fasse un test urinaire. « Au Canada, le score de risque rénal a permis de diminuer de 90% le délai d'attente chez le néphrologue et de 66% les consultations. Idem en Australie. En France, on réaliserait 1,3 Md€ d'économies. » On peut décliner sur le score hépatique (pour détecter une fibrose débutante) ou le score 2 de risque cardiovasculaire. **Lionel Barrand** appelle les pouvoirs publics à « **investir massivement dans la médecine prédictive. L'intégration de l'IA dans les labos permettrait de produire des comptes rendus augmentés, une interprétation personnalisée, et de nouveaux scores de risques.** »

« **L'urgence, c'est d'élargir la couverture vaccinale.** Chaque année on



doit créer des plans blancs parce que les hôpitaux saturent. » **Les biologistes pourraient stocker** et proposer activement de vacciner les patients venus pour autre chose, selon les recommandations, et en transmettant l'information dans le DMP. De plus, **investir dans le numérique** permettrait d'améliorer le parcours. « **On attend une base de données nationale pour savoir qui est éligible à quel examen selon les recommandations.** » Le biologiste serait aussitôt alerté par



l'informatique et proposerait à l'usager venu pour autre chose un dépistage sur place (cancer colorectal ou col de l'utérus). Enfin, il réclame « [des parcours sans ordonnance \(à l'instar des IST\)](#) et la réalisation de consultation-prescription pour les biologistes médicaux (dans certains domaines et selon les recommandations). « Une simple prise de sang permet de savoir si vous êtes diabétique. Les bilans de prévention liés à l'âge doivent comprendre des examens biologiques. »

CPTS : une alternative décloisonnée

Chaque jour, 4 millions de Français vont à la pharmacie. Le pharmacien agit sur tous les axes de la prévention (primaire, hygiène, secondaire et dépistage, tertiaire et accès aux soins). Éric Myon : « Avant, si je dépistais un diabète, je ne savais pas comment agir. » En adhérant à une CPTS (Communauté professionnelle territoriale de santé), « tout a changé ». « La CPTS permet d'échanger les compétences, les expertises, et d'établir des programmes de sensibilisation au dépistage. » « Si j'ai un patient qui présente un taux de diabète élevé, je pourrai lui obtenir un rendez-vous médical rapidement. En octobre, une sage-femme va venir dépister le cancer du sein. Les troders de chez AIDS vont faire du dépistage VIH et expliquer comment gérer l'après... » Le jour où il a demandé une autorisation à l'ARS pour faire



quinze jours de dépistage cardiaque en officine, on lui a répondu non. « La CPTS a établi un protocole de coopération interprofessionnelle et l'opération est devenue pérenne. Merci l'ARS ! »

Au sujet des réformes : « [Laissez-nous faire. Accompagnez-nous. Financez-nous intelligemment. Cadrez nos besoins par rapport au bassin de vie.](#) » Son

officine voit passer chaque jour 400 000 personnes par la gare Saint-Lazare... « L'industrie de la prévention ne marchera pas sans l'humain et l'artisanat. » Éric Myon réclame « [des budgets associés pour une prévention et du soin de qualité](#) ».

Aménagement du territoire



Grégory Caumes se tourne vers Anne-Marie Jean dont « l'action politique a su changer la vie de ses administrés ».

L'E u r o m é t r o p o l e d e S t r a s b o u r g a développé une approche urbaine de la santé en se basant sur les déterminants environnementaux et comportementaux. Elle a investi dans les [pistes cyclables](#), favorisé la [marche](#), agi sur la qualité de l'air ([zone à faible émission](#)) ou dans les zones d'activités économiques ([zéro artificialisation nette](#)), et prépare une [cartographie du bruit](#). De son côté, la ville de Strasbourg a développé des programmes de prévention : le [sport santé sur ordonnance](#), [l'ordonnance verte pour les femmes enceintes](#) (accès à un panier de légumes bio pendant la grossesse), des ateliers cuisine, [les cantines scolaires bio](#) ("Fabuleuses légumineuses").

L'opération "**Territoires de santé de demain**" investit dans la prévention et l'innovation sur des pathologies à forte prévalence (obésité, diabète, insuffisance cardiaque). Copiloté par la Ville, la Métropole et la Caisse des Dépôts, ce programme réunit les mutuelle locales, les



hôpitaux, l'Université, l'ARS, de grandes entreprises de la santé et des startups. 7 territoires ruraux vont s'approprier ces innovations.



Anne-Marie Jean plaide pour deux réformes prioritaires : « [La reconnaissance de l'échelon territorial dans l'organisation de la santé et la prise en charge par l'Assurance Maladie du sport santé sur ordonnance](#). « Ce n'est pas normal que les fonds municipaux financent ce programme dont l'impact positif a été mesuré ».

Le logement social : un maillon oublié

Pour conclure cette table ronde, **Valérie Fournier** rappelle qu'« une cage d'escalier



HLM, c'est la totalité des fragilités françaises réunies au même endroit. » Le parc HLM représente 25% de seniors en devenir de dépendance (un tiers en prévision) et un grand nombre de familles monoparentales (« de plus en plus occultées »). La Fédération des ESH a donc

fait évoluer ses pratiques pour adapter le parc existant. En 2007, un fonds volontaire de cotisation pour l'accompagnement individualisé et collectif a été mis en place pour le vivre ensemble. « Les services sociaux sont surchargés. La digitalisation ne doit pas exempter le lien humain. La compréhension et la prévention des situations à risque nécessite une présence sur le terrain à toute heure... »

Fort de ses **22 000 gardiens d'immeuble en proximité**, « [la Fédération des ESH proposent aux pouvoirs publics d'être acteurs de l'accès aux droits et du parcours](#). Nous souhaitons que le métier de gardien évolue vers le lien humain. Nous avons besoin d'une politique de prévention de la santé mentale, un vrai problème dans les HLM. Enfin, l'équité territoriale n'est pas une évidence. Les déserts médicaux sont une réalité. »

KEYNOTE

PRÉSERVER LES COMPÉTENCES ET L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES

Professeur Pierre KROLAK-SALMON, neurologue et gériatre, directeur médical du **Groupe EMEIS**

Le point de vue d'un spécialiste du grand âge peut nous aider à élaborer une démarche de prévention. On n'a plus le temps, dit en substance le professeur. Il faut un plan prévention qui embarque tous les acteurs afin de maintenir une bonne qualité de vie jusqu'au bout, et prévenir la perte d'autonomie. Les médecins réfléchissent en termes de **réserves** : réserve cardiaque, réserve de mouvement, réserve de la fonction rénale, réserve cognitive. Si l'on échappe à des facteurs de risques ou à des comorbidités, « on mourra de sa belle mort », sans handicap. Malheureusement, nous sommes souvent atteints de maladies chroniques qui accélèrent le déclin de nos réserves physiques, psychologiques et cognitives. Nous risquons alors d'atteindre le **syndrome de fragilité**, c'est-à-dire un état qui nous met en risque de décompensation aiguë (à cause d'un stress émotionnel, une grippe...). Cet état est réversible peut être limité dans le temps. Mais il peut aussi nous conduire vers un état de dépendance définitive.

Pour repousser ce moment, il existe des facteurs protecteurs ou de prévention. Tout d'abord, avant notre naissance, la santé maternelle va soutenir le capital cognitif du nourrisson ; l'éducation (qui inclut les interactions sociales, professionnelles ou les loisirs) participe d'une stimulation cognitive ; et puis l'activité physique, l'équilibre nutritionnel... Ensuite, on peut travailler sur la pente des maladies chroniques et les facteurs de risques.



C'est le sens de toute la médecine du vieillissement, l'ensemble des professionnels, la société, la prévention secondaire et tertiaire. Et aussi la prévention quaternaire – la iatrogénie – tant on sait que l'ordonnance peut être terrible pour la personne âgée. Attention au domicile : le prix à payer est l'isolement social et l'insécurité. Il faut soigner l'anxiété et la dépression, les facteurs de risques cardiovasculaires (15% du risque Alzheimer), l'ensemble des maladies chroniques, ou même une hypoacousie. Un début de surdité va baisser la stimulation cognitive et isoler socialement (7% du risque Alzheimer).

« Si je repousse une maladie d'Alzheimer de cinq ans, je diminue la fréquence de la maladie de 30 à 50% et l'impact socio-économique d'autant. »

De nouveaux traitements ciblés arrivent en Europe. Mais pour Pierre Krolak-Salmon, ils ne traiteront pas à 100% les maladies neuro-cognitives à moyen terme. Le professeur estime qu'on peut repousser les conséquences fonctionnelles de la maladie d'Alzheimer à cinq ou dix ans, et l'impact sera déjà très fort : pour la personne, pour la société, et pour l'économie de la santé.



« Un guichet unique – humain – pour les personnes âgées ne serait pas du luxe dans le plan Prévention. » Pour rappel, la prévention, dans toutes ses dimensions (primaire, secondaire, tertiaire, quaternaire), est valable jusqu'au dernier jour.

KEYNOTE INNOVER, C'EST ÊTRE ATTENTIF À L'IMAGINAIRE D'UNE SOCIÉTÉ

MICHEL MAFFESOLI, sociologue, professeur émérite en Sorbonne



Prenons un peu de hauteur, et regardons à la loupe sociologique le monde tel qu'il va. On ne peut pas imaginer des politiques de prévention sans prendre en compte l'évolution des comportements, sans comprendre la topique de notre époque, surtout quand celle-ci est en train de vivre une « transmutation de fond ». Quelque chose d'autre est en train d'arriver, nous dit Michel Maffesoli. Un changement d'imaginaire. Pour bien comprendre, le sociologue revient sur la notion de modernité, une conception linéaire du monde – le mythe du progrès. Or il n'y a pas de linéarisme, il y a des époques, des parenthèses qui s'ouvrent et qui se ferment. « Nous sommes à un moment de saturation de la modernité. Les valeurs officielles ne sont plus du tout en phase avec les valeurs officieuses des jeunes générations. Aujourd'hui, nous assistons au déphasage des élites avec le peuple. » Vilfredo Pareto avait une petite expression pour cela : « Quand s'achève ces périodes, la circulation des élites devient inéluctable. » Dans ce contexte, il convient de nommer les choses. « Mal nommer les choses contribue aux malheurs du monde », dit Camus. Chez Platon, la dégénérescence d'une démocratie appelle « la fraude aux mots ». Innover pour relever le défi des préventions en santé (du lat. *innovare*), c'est « faire venir à jour ce qui est là ». La sagesse populaire dit : « ça crève les yeux, mais on ne veut pas le voir ». Purgeons-nous de nos évidences et voyons ce qui est là.



« Innover, c'est être attentif au glissement qui s'opère dans l'idéal communautaire »

À l'opposé de la logique progressiste du devoir être, il faut voir ce qui est en train de renaître, non pas en attente de quelque chose de parfait, mais pour s'ajuster. La topique moderne, c'est la topique de la verticalité – la loi, ce qui vient du haut, le dépassement. On veut dépasser le dysfonctionnement, la maladie, la mort (cf. transhumanisme). C'est une conception **dramatique** du monde (au sens grec, une action qui trouve toujours une solution, une résolution) qui s'oppose au **tragique**. Le tragique est aporique, il faut faire avec. Lévi-Strauss pensait que dans ces moments-là, on fait du bricolage. Heidegger a un concept « *verwindung* » – reprise, distorsion, guérison. Non pas le dépassement et la solution, mais se dépatouiller. Vivre sa mort de tous les jours. Ne pas éliminer le mal, mais le ritualiser.

La topique de l'horizontalité est une alternative à l'hygiénisation du monde moderne, où ce qui prévaut, c'est la prise de psychotropes. Foucault dit « Surveiller et Punir. » La volonté politique venue du haut. Une société « réduite à l'un » (Auguste Comte), c'est le propre même de la bureaucratie, de l'idéal démocratique. « Une solidarité mécanique, où l'idéologie du service public a pris le public à son service. » À cela s'oppose une solidarité organique, une pratique vécue au quotidien. « *Common decency* » dit Georges Orwell, décence commune, cette faculté instinctive de percevoir le bien et le mal. Une capacité affective de ressentir dans la chair le juste et l'injuste. Voilà ce qui prend avec force et vigueur chez les jeunes générations.

« Chaque époque rêve la suivante. Soyons attentifs à ce rêve pour que cela ne devienne pas un cauchemar. »

Michel Maffesoli donne sa propre définition de la post-modernité : « Synergie de l'archaïque et du développement technologique ». Les tribus et Internet. Cette synergie marque le retour du territoire (localisme) ou du territoire symbolique (réseaux, blogs, forums de discussion), et des notions d'entraide, de solidarité, d'échange, de partage. La crise actuelle n'est pas économique ni culturelle : elle est civilisationnelle. *Krisis* en grec, c'est le jugement qui est porté par ce qui est en train de naître sur ce qui cesse. Le sociologue propose de parler d'un « **idéal communautaire en gestation** ». Innover, c'est être attentif à ce glissement qui s'opère. La plante humaine a besoin de racines pour croître et de trouver le force de l'être ensemble. Innover, c'est être attentif aux racines qui vont s'affirmer de plus en plus. Un enracinement dynamique. Le présent est tributaire du passé et gage de l'avenir. Le prophète est celui qui se souvient de l'avenir. « Soyons attentifs à l'imaginaire en cours. Ne laissons rien ni personne indemne. »

LA VACCINATION, PILIER DE LA PRÉVENTION PRIMAIRE

Clotilde JOLIVET, directrice des affaires publiques de CSL France

Le métier de CSL France, c'est de mettre au point des vaccins, de les fabriquer, et de les mettre à disposition dans des écosystèmes de soins. « Nous regardons toute la chaîne de valeur, de la politique publique jusqu'au comportement du citoyen, et nous constatons que **chez les seniors, les taux de couverture sont largement en dessous des standards.** » Selon Santé publique France, le rappel du DT polyo plafonne (à 50% pour les 65 ans et plus, 44% pour les 75 ans, 34% pour les 85 ans). Pour la vaccination contre la



grippe saisonnière, le taux n'est pas meilleur (54% pour les 65 ans, 47% pour les 75 ans, 61% pour les 85 ans). L'OMS considère qu'une campagne de vaccination est efficace à partir d'un taux de 75%. Comment améliorer les taux de couverture ?



« Le législateur doit se saisir de la stratégie de vaccination et immunisation 2025-2030 pour que toutes ces propositions deviennent concrètes et opérationnelles dans le PLFSS 2026. »

La HAS a fortement recommandé la vaccination contre la grippe pour les 65 ans et plus en priorisant des vaccins améliorés ou adaptés. Ces vaccins existent et il sont disponibles. Il convient d'**adapter les messages** et de **mieux les cibler**. Les britanniques, les Danois et les Suédois font des campagnes saisonnières en personnalisant les messages pour chaque sous-populations (femmes enceintes, personnes âgées ou fragiles). Prenons exemple. Il existe beaucoup d'occasions pour un citoyen ou un patient « d'aller vers » la vaccination. N'importe quel professionnel de santé peut checker en un coup d'oeil le **calendrier vaccinal**. Le ministère vient de publier une nouvelle stratégie de vaccination 2025-2030 qui regorge de propositions et de recommandations. Dans la perspective du PLFSS 2026, le législateur doit se saisir de ce document et en tirer des mesures législatives, réglementaires, des budgets assortis, et des mesures opérationnelles. Sur le volet numérique, **Mon espace santé** devrait permettre à tous d'obtenir son statut vaccinal et de déclencher des campagnes de rappel par SMS, en complément des centres d'appel de l'Assurance Maladie. Dans une approche populationnelle, les données collectées et les registres permettront de publier des études sur l'efficacité et la valeur des vaccins.

EN SAVOIR PLUS : [Stratégie de vaccination et immunisation 2025-2030](#), ministère de la Santé

TABLE RONDE 3 > INNOVATION DANS L'ÉDUCATION

ÉDUCATION ET COMPORTEMENTS : RENDRE DÉSIRABLE LA BONNE SANTÉ ?

Introduction et modération : Docteur Aude NYADANU, fondatrice et présidente de Lowpital

Intervenants :

Isabelle DORESSE, vice-présidente d'ATD Quart Monde

Stéphane ELSHOUD, inspecteur général de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR)

Carine FRAPPA, représentante de l'expérimentation « Alliance » en Auvergne-Rhône-Alpes

Nicolas SCOTTÉ, directeur général de l'Institut national du cancer (INCa)

L'agence d'innovation en santé



Lowpital a porté pour le compte du ministère la **Mission Santé Jeunes** en 2021, notamment les plus éloignés. Parmi les 50 mesures phares, **Aude Nyadanu**, co-porteuse,

propose de **développer l'écoute** pour mieux personnaliser les messages, **s'adapter aux références culturelles** qui évoluent très vite, **développer la confiance** en évitant l'infantilisation et en allant vers l'autonomisation (outils d'auto-évaluation), **développer des collaborations** (avec par exemple les influenceurs) pour rendre la



communication santé plus attractive. Les regards croisés des quatre intervenants vont passer du discours à la « transformation concrète des comportements » afin de « créer l'envie chez les jeunes d'agir pour leur santé ».

Co-construire des groupes de travail sur la prévention avec les plus précaires

L'association **ATD Quart Monde** rappelle que le droit à la santé et le droit à la protection sociale sont des droits fondamentaux en lien avec le droit à un environnement équilibré, respectueux de la santé et la biodiversité. Parmi les déterminants de santé, **Isabelle Dorese** insiste sur la vulnérabilité des plus pauvres, ceux qui vivent en périphérie des villes, dans un environnement souvent dégradé, sans services publics, avec un lien social rompu. « **Il faut co-construire la prévention avec les plus précaires à l'échelle des bassins de vie, par des actions très locales et spécifiques.** » Isabelle refuse la fatalité de la pauvreté. « Dépassons nos préjugés. Les plus pauvres ont des savoirs d'expériences. » La méthode « **Croisement des savoirs** » vise à faire se rencontrer des professionnels, des chercheurs et des personnes en situation de pauvreté, pour construire ensemble, en groupes de travail de pairs, c'est-à-dire des personnes à iso-situation, un récit collectif sur la santé et un environnement plus respectueux. Ce processus est « très long » avec des personnes en situation de pauvreté. « Il faut respecter leur rythme, parvenir à se comprendre, tenir compte de leur

représentation du monde et utiliser des mots qui ont du sens pour eux », en évitant les pièges du « discours culpabilisant », « l'injonction à manger moins de viande » ou « les rapports de domination ».

Alliance fait vivre la promotion de la santé à l'école

En 2019, l'expérimentation **Alliance** a impliqué 10 000 enfants de 6 à 11 ans en Auvergne-Rhône-Alpes pour qu'ils deviennent acteurs de leur santé (physique et mentale) avec leurs enseignants préalablement formés. **Carine Frappa** raconte : « Grâce à la volonté du député Isaac-Sibille, le recteur, l'ARS et l'Université se sont rencontrés ; 101 écoles primaires ont été tirées au sort ; les maires et les directeurs d'école ont été informés, et des enseignants ont reçu une formation, ainsi que des animateurs du périscolaire. » Typiquement, avant le cours de maths, l'enseignant va consacrer dix minutes à un thème de son choix puisé dans les référentiels des rectorats (écrans, sommeil, alimentation, tri des déchets...) **Cette expérimentation a été évaluée et les résultats sont encourageants.** « **Il y a une réelle appétence. Les enseignants ont adoré la formation et les élèves ont adhéré au projet parce que c'était positif et très simple.** Ce ne sont pas des messages, mais de la pratique au quotidien. Les élèves attrapent leur santé. » **La généralisation de ce modèle à faible coût semble réalisable.** « **Il manque juste une volonté politique** », et le besoin de passer outre les chicaneries politiques locales...



Carine Frappa (à g.)
et Isabelle Dorese



Pour un projet global de santé attractive à l'école

Ces démarches sont « très inspirantes » pour Stéphane Elshoud, qui reconnaît que les enseignants ont « une difficulté à concevoir cette mission ». Pourtant la **promotion de la santé** est inscrite dans les textes de l'éducation nationale et elle est enseignée (en SVT, biologie ou éducation physique...) dans une « approche transversale », ce qui ne la rend pas toujours bien visible. Plus globalement, les enseignants ressentent « un malaise à devoir se préoccuper d'alimentation ou d'environnement dans leurs disciplines » alors même que souvent ils font de la promotion de la santé inconsciemment. Il faut « **donner du sens à la promotion de la santé, qui contribue à la réussite scolaire et au bien-être** ». Un autre écueil est la grande diversité d'acteurs, ARS, collectivités, associations, et les parents bien sûr. En l'absence de projet global, les actions sont « dispersées ». La vision est « verticale » et non en réseau. « **Il faut territorialiser les actions avec tous les acteurs** », y compris les professionnels de santé (médicaux ou paramédicaux). Mettons tout le monde autour de la table ! **C'est le rôle du politique d'impulser cette dynamique, mais aussi du chef d'établissement et des inspecteurs.**



Stéphane Elshoud : « **Il faut mettre le paquet sur l'information et la formation des enseignants et des élèves. Pourquoi pas désigner des référents internes dans chaque établissement ? Pour rendre désirable la santé, les jeunes doivent participer à la conception des programmes de prévention** ».

Zéro exposition aux risques de cancer

À l'INCa, qui coordonne tous les acteurs de la lutte contre le cancer, les jeunes sont dans la cible. « 40% des cancers sont évitables en agissant sur nos comportements et nos modes de vie (20% tabac, 10% alcool, 10% alimentation et activité physique, vaccination HPV, protection UV...). Les comportements à risques arrivent très tôt (addictions, malbouffe, sédentarité...) D'où le besoin de toucher les plus jeunes. Les freins demeurent : « Ils ne se sentent pas concernés par la prévention ; il y a un sentiment d'immortalité ; la médecine est vue sous l'angle du curatif et non du préventif, et les facteurs de risques se reflètent dans les énormes inégalités sociales et territoriales (15% de tabagisme chez les jeunes en filière générale, 40% chez les jeunes ni en apprentissage ni en formation). »



Nicolas Scotté reconnaît que « le discours institutionnel ne marche pas. **Nous devons toucher les jeunes précaires, et adapter nos messages aux jeunes en situation de handicap.** » D'une manière

générale, il faut « **utiliser les outils des jeunes, trouver de l'incarnation et des *role model*** ». Les jeunes doivent parler aux jeunes, au travers des associations ou « en jouant sur leurs codes » (ex. : la campagne « Fausse piste » est montée comme une publicité pour des crèmes avant de livrer le message contre le tabac.) Ce cheval de Troie est plus efficace que toutes les injonctions. « Nous avons monté **un jeu vidéo** pour expliquer les facteurs de risques du cancer, et nous allons créer un **manga...** »



En milieu scolaire, les campagnes de vaccination HPV sont à géométrie variable selon les rectorats et les établissements publics ou privés, en raison de « réflexions d'arrière-garde sur le vaccin ». La **relation parent-enfant** est fondamentale : protection des UV, alcool pendant la grossesse, etc.

L'INCa, avec Santé publique France et les ARS, visent la logique « **Zéro**

exposition » en cherchant à créer « **des environnements favorables à la santé** » : campus sans tabac, messages dans les crèches, protection des UV dans les camps de vacances, l'alimentation saine dans les cantines... « Le monde du travail et les complémentaires santé ont également un rôle à jouer auprès des jeunes embauchés et leurs familles. »

TABLE RONDE 4 > INNOVATION FINANCIÈRE

QUELS FINANCEMENTS ET QUELS ACTEURS POUR LA PRÉVENTION EN SANTÉ ?

Introduction et modération : Frédéric COLLET, expert en stratégie de santé, président de Bionnassay, Ambassadeur France 2030

Intervenants :

Sébastien ABGRALL, directeur général du Pôle Santé Bergère

Sophie AGOSTA, présidente et co-fondatrice de Kor

Nicolas BAUDELOT, président et co-fondateur de Medicalib

Emmanuel LACROIX, directeur de projet santé et grand âge, Groupe Caisse des Dépôts

Prévention en entreprise : un enjeu de performance



La mission de **Kor**, c'est de rendre la prévention accessible au plus grand nombre dans les entreprises en élargissant les check-up (jusqu'ici réservés aux dirigeants) à l'ensemble des employés. Kor collabore aussi avec les assureurs pour promouvoir la prévention et proposer ses bilans de santé digitaux dans leurs applications santé. « **Les entreprises et les assureurs sont les plus rapides à agir en prévention et à dégager des budgets** », indique **Sophie Agosta**. Ils peuvent intervenir sur la **communication** et faciliter **l'accès à des services** (dépistages sur site, ateliers de prévention...) et à du **suivi personnalisé**.

Les gains sont considérables pour les entreprises. **Pôle Santé Bergère**, très

engagé dans la recherche, l'imagerie et le dépistage, a fait le choix d'aller vers une prévention secondaire ciblée sur les entreprises pour répondre aux enjeux RH... Les bilans de santé sont segmentés pour les dirigeants, pour les seniors de plus de 55 ans, pour les aidants, pour les femmes, et pour les personnes en situation de handicap. « Nous décortiquons tous les coûts RH direct/indirects associés à la santé : relance de carrière, maintien dans l'emploi des seniors, équilibre vie professionnelle/privée, santé mentale...

Sébastien Abgrall : « **Le bilan de santé est une clé de productivité pour promouvoir la marque employeur, favoriser le maintien dans l'emploi des seniors, ou juguler l'absentéisme souvent associé à des maladies chroniques.** »



L'absentéisme a augmenté de 27% depuis 2019, rappelle



Sophie Agosta, ce qui représente 7% de la masse salariale, soit 4 000 euros par an par employé, dont 85% pour cause de maladie. « Depuis le Covid, les salariés attendent de leur employeur plus de santé et de bien-être. Quatre salariés sur cinq considèrent le programme de santé pour choisir ou quitter leur employeur. »

Des actions de prévention pas toujours quantifiables

Medicalib, un réseau de santé à domicile, a commencé à faire beaucoup de dépistages Covid pour les entreprises en 2020. « L'impact sur la productivité était évident. Mais il l'est moins pour la vaccination contre la grippe par exemple, surtout quand le taux n'est pas maximal. » Nicolas Baudelot distingue le court terme et le long terme. « À la suite d'une mission de prévention, on peut mesurer l'état de santé des employés, suivre le bilan annuellement, réaliser des statistiques sur le nombre de consultations médicales, mais c'est plus difficile de produire des indicateurs économiques à court terme. »



Pourtant les chiffres sont parlants. **Medicalib** en 2024, c'est 50 000 dépistages, un nombre qui a triplé en trois ans. « Nous sommes partenaires de Malakoff Humanis sur Mon Bilan Cardio : il n'y a pas une journée sans qu'on nous appelle pour mettre en place une mission. »

« **Le rôle des pouvoirs publics est d'accompagner les entreprises.** »

Tout le monde est convaincu des bienfaits de la prévention. Pour Sophie Agosta, le principal frein, c'est une certaine confusion des rôles entre Assurance Maladie, complémentaires santé et entreprises. Elle souhaiterait qu'on

encourage les médecins généralistes à faire plus de prévention, en les outillant avec l'IA (pour la revue des bilans de santé) et en reconnaissant un acte de prévention (comme c'est déjà le cas pour le bilan ophtalmologique ou dentaire). Les patients seront-ils demandeurs ? Et qui finance ? Avec quel retour sur investissement ?

Le cercle vertueux des contrats à court et long terme

La **Caisse des Dépôts**, dont le savoir-faire financier sur des projets à long terme est la marque de fabrique, a des réponses. Elle a annoncé 100 Md€ sur 5 ans pour la transition écologique. Ce financement massif implique beaucoup d'innovation financière. « Le but est de **provoquer une transition sur un temps court, en apportant du financement à l'amorçage, mais qui va produire des effets sur des décennies.** » **Emmanuel Lacroix** cite deux dispositifs innovants : l'**Intracting** consiste à créer une avance remboursable (par exemple pour des travaux de performance énergétique dans un hôpital) qui va générer des économies d'énergie avec un temps de retour court. « Au bout de trois ans, je vais réinjecter ces économies dans des actions à plus long terme. C'est un cercle vertueux. » Second dispositif : **les contrats à impact tripartite**, entre acteur social public (financeur final), un opérateur associatif et un prêt financeur. « Le prêt financeur initie un modèle, celui-ci est évalué au bout de cinq à dix ans, et l'acteur public peut commencer à rembourser. » Ces modèles son-ils applicables à la la prévention ?

L'approche globale de la Caisse des Dépôts en prévention santé

Depuis 8 mois, le groupe Caisse des Dépôts s'est doté d'une **feuille de route autour de la santé et du grand âge, avec une priorité : la prévention.** Le **Fonds**



national de prévention accompagne les collectivités territoriales et les hôpitaux dans la prévention ; la **Banque des Territoires** fait de la « **santé environnementale** » en accompagnant les programmes d'aménagement de l'Etat contre les fractures territoriales (Action cœur de ville, Petites villes de demain, Entrepreneuriat Quartiers 2030) et beaucoup d'actions autour de **la nature en ville, l'habitat dégradé, l'urbanisme favorable à la santé, des mobilités douces...** **BPI France** opère pour le compte de l'Etat l'appel à projets **Challenge Prévention**, et va initier un **fonds d'investissement dans les entreprises** afin d'accélérer les solutions numériques de prévention. **La Poste** est également très présente auprès des établissements médico-sociaux et des collectivités pour des services à domicile. Cet écosystème constitue un environnement favorable à la santé, porté par les collectivités locales.



La Caisse des Dépôts apporte son expertise et parfois du financement sous forme de prêts ou d'investissements auprès d'acteurs privés pour créer des effets de levier. « **La prévention a un impact extra-financier très important, et donc nous exigeons moins de l'impact financier** », précise **Emmanuel Lacroix**.

L'impact extra-financier. Il y a six mois, le Pôle Santé Bergère a lancé le **programme Handi'Care**, un parcours inclusif de prévention santé dédié aux salariés en situation de handicap. Pour accompagner leur trajectoire professionnelle, un check-up est réalisé tous les deux ans, ainsi qu'une consultation

en santé mentale, en ergothérapie, et un accompagnement digital au quotidien. En contrepartie, l'entreprise va s'engager dans le maintien à l'emploi et obtenir une déductibilité de 10% sur ses contributions qu'elle va investir dans la prévention santé, et d'autre part, elle va améliorer son taux OETH et faire des économies récurrentes.

Sophie Agosta veut « démontrer l'impact de la prévention sur les dépenses de santé, sur l'absentéisme, sur des indicateurs à court terme de la prévention ». Chez Kor, « on dépiste l'endométriose (qui touche une femme sur dix, avec sept ans d'errance médicale) ou l'apnée du sommeil à travers un simple questionnaire digital (un Français sur cinq est concerné, seulement 5% sont pris en charge). **Il faut rendre les dépistages accessibles à tous les citoyens avec une action conjointe des acteurs publics.** »



Sur le long terme, on sait que la prévention résoudrait une partie du déficit de la sécurité sociale. **Frédéric Collet** cite l'étude du cabinet Asterès : « 5 milliards d'économies, jusqu'à 17 milliards si on s'aligne sur les meilleurs. »

Un budget pluriannuel pour la prévention au PLFSS ?

Les entreprises et les décideurs publics veulent des effets concrets rapidement. « Celui qui paie à court terme n'est pas celui qui récoltera à long terme », martèle Nicolas Baudelot. « **Tant que le financement de la sécurité sociale restera annuel, on ne pourra pas développer la prévention dans notre pays.** On ne construit pas une armée en un an. Investissons fortement les deux premières années, et l'on se rattrapera les années suivantes. »



Sébastien Abgrall suggère un **CICE Santé**. « **Un Crédit d'Impôt Santé pourrait servir à financer le système de santé et les entreprises qui investissent dans la prévention**, que ce soient dans des solutions digitales plus accessibles ou des bilans de prévention santé ciblés sur les seniors, les femmes ou le handicap par exemple. »

Pour clore ces débats, Emmanuel Lacroix résume l'expertise de la Caisse des Dépôts : « **Penser l'impact extra-financier, l'investissement à long terme, des plans pluriannuels, une vision assez large des modèles d'innovation financière.** » À méditer.

CLÔTURE 3 QUESTION À THOMAS FATOME, DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CNAM

Jacques Marceau : *Investir de l'argent public dans la prévention en santé est-il vraiment du ressort de la Caisse nationale d'assurance maladie ?*

Thomas Fatome : On me demande souvent de changer le nom en « Assurance Santé ». Je tiens à la marque Assurance Maladie. En tant qu'assureur, notre premier objectif est que le risque n'advienne pas. Notre rôle est donc de faire de la prévention. Nous publions des estimations chaque année dans notre rapport "Charges et Produits". Sur l'obésité, la "Mission : Retrouve ton cap" permet par exemple un gain évalué à près de 15 millions d'euros par an par génération. "Tabac info service" rapporte 15 à 20 millions d'euros par an par génération. Une campagne contre la grippe pourrait permettre de réaliser jusqu'à 45 millions d'euros d'économies par an. La prévention de la maladie rénale chronique ou le dépistage des cancers ont également des conséquences significatives. Si l'on combine tous ces programmes de prévention, on obtient clairement un retour sur investissement, a fortiori pour une assurance maladie obligatoire qui intervient à 100% dès lors que la maladie devient chronique. Nous devons mener les actions de prévention avec une coalition d'acteurs, les professionnels de santé, les entreprises, les complémentaires santé... Nous sommes absolument convaincus d'une convergence des intérêts et des actions, d'autant plus que le nombre de personnes atteintes d'une maladie chronique augmente. On doit agir pour retarder leur apparition. Je vous rappelle notre slogan "Agir ensemble, protéger chacun".



« **Être acteur de la prévention primaire, secondaire, tertiaire, fait partie de nos missions fondamentales.** »

J. Marceau : *Nous avons beaucoup parlé des nouveaux acteurs de la prévention et des territoires, notamment les infirmiers. Pensez-vous que les futures négociations conventionnelles avec les syndicats d'infirmiers puissent être un moyen de promouvoir la prévention ?*

T. Fatome : Oui, nous avons la chance d'avoir dans notre pays environ cent mille infirmiers libéraux, ce qui permet une capacité de prise en charge significative des patients à l'hôpital et en ville, y compris à domicile. La proposition de loi sur la profession



d'infirmier réaffirme que la prévention fait partie des missions socles du métier. **Pour faire décoller les bilans de prévention, on a intérêt à travailler ensemble avec les infirmiers, et on peut aller au-delà, sur la vaccination ou sur les kits de dépistage du cancer colorectal par exemple.** Pour l'Assurance Maladie, chaque négociation avec les professionnels de santé est un levier d'opportunité pour construire des dispositifs de prévention. C'est "Génération sans carie" avec les dentistes, un nouveau forfait médecin traitant (FMT) construit sur la prévention, des dispositifs de repérage de la fragilité avec les masseurs-kinésithérapeutes, l'implication des pharmaciens dans le dépistage... Ces négociations sont souvent tarifaires, mais aussi très opérationnelles.

J. Marceau : *Si vous aviez une innovation au service de la prévention que vous seriez fier de porter à l'Assurance Maladie, ce serait laquelle ?*

T. Fatome : Nous essayons de nous concentrer avant tout sur l'aspect opérationnel de la prévention en fixant des priorités avec l'Etat : vaccination, santé de l'enfant, dépistages, bilans de prévention... Je citerais deux démarches innovantes. La première illustre notre volonté de mettre toute notre force de frappe dans les politiques « aller vers ». On l'a fait pendant le Covid vers des millions de personnes pour qu'elles se fassent vacciner. L'an dernier, on a mis en place 7 plateaux d'appels et on a recruté 120 conseillers pour faire des appels sortants vers des personnes qui n'ont pas répondu au dépistage organisé du cancer. Ce n'est pas spécialement innovant, mais c'est assez industriel et très opérationnel. **En 2024, nous avons appelé trois millions de personnes pour les inciter à se faire dépister.** Le taux de chute est énorme. 100 000 appels se concluent par une issue positive. Nous allons améliorer le dispositif de ciblage, nos scripts, le suivi des rendez-vous dans les territoires, avec les collectivités locales, les associations de quartiers, les professionnels de santé... On y va ! La deuxième idée est d'utiliser **Mon espace santé pour adresser des messages de prévention.** 20 millions de personnes l'ont déjà activé, près de 150 000 personnes le font chaque semaine. La dynamique est engagée. Le potentiel est énorme. Nous voulons rendre les gens acteurs de leur santé en leur adressant des messages personnalisés : « Vous avez 50 ans, c'est le moment d'aller faire vos dépistages... », ce qui est permis par la loi. Avec les professionnels de santé et l'ensemble des parties prenantes, nous souhaitons construire un objet numérique de prévention.

EN SAVOIR PLUS : [Synthèse du rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour 2025](#), CNAM, juillet 2024