



Journée « assurance maladie » la prévention : des paroles aux actes



Charenton-le-Pont, le 15 novembre 2013

Actes de la Journée « Assurance maladie » du 15 novembre 2013

Sommaire

Ouverture de la journée	2
<ul style="list-style-type: none">• Claude RAMBAUD, Présidente du CISS• Arnaud DE BROCA, Secrétaire général de la FNATH, Vice-président du CISS• Pierre-Marie-LEBRUN, Secrétaire général adjoint de l'UNAF, Président du CISS Nord-Pas-de-Calais, Vice-président du CISS	
Les compétences de l'Assurance maladie en matière de prévention	4
Animateur de la table ronde : Pierre-Marie LEBRUN <ul style="list-style-type: none">• Marie-Christine KETERS, Responsable du département information et prévention, CNAMTS	
Présentation des résultats de l'enquête en CPAM	12
Animateur de la table ronde : Pierre-Marie LEBRUN <ul style="list-style-type: none">• Magali LEO, Chargée de mission assurance maladie au CISS• Nathalie TELLIER, Chargée de mission assurance maladie à l'UNAF• François VERNY, Chargé de mission à la FNATH	
Deux actions remarquables en CPAM	18
Animateur de la table ronde : Magali LEO <ul style="list-style-type: none">• Sandrine CABOT, Directrice de la CPAM des Flandres - Présentation des actions de prévention de la CPAM des Flandres• Armance PHILIZOT, Directrice de la gestion du risque et de la prévention à la CPAM de la Sarthe - Présentation du service « Santé active »	
Agir en synergie pour mieux prévenir les risques en santé	25
Animateur de la table ronde : Gérard RAYMOND, Secrétaire général de la fédération des diabétiques <ul style="list-style-type: none">• Linda CAMBON, Directrice de la santé publique, ARS Picardie• Pierrick CHAUSSEE, Directeur adjoint, en charge de la prévention des risques professionnels à la CARSAT d'Aquitaine• André CICOLLELA, Chercheur en santé environnementale, Président du Réseau environnement santé (RES)• Jean-Baptiste DELCOURT, Chargé de l'animation du réseau Prévention promotion de la santé à la Mutualité française	
Médecine prédictive : faut-il craindre ou espérer les avancées d'une technologie qui frappe à nos portes ?	30
<ul style="list-style-type: none">• Laurent ALEXANDRE, Fondateur de Doctissimo.fr, auteur en 2011 d'un essai intitulé « La mort de la mort », Président de DNA Vision	
Clôture	39
<ul style="list-style-type: none">• Claude RAMBAUD, Présidente du CISS	

Ouverture de la journée



Claude RAMBAUD

Présidente du CISS

Nous sommes confrontés à l'explosion de maladies chroniques, à l'émergence de nouvelles maladies et de maladies environnementales, notamment depuis ces 40 dernières années avec la pression des marchés de la consommation. Or ce sujet ne préoccupe plus uniquement le CISS, il est au tout premier plan. Je ne sais pas quel rôle nous avons pu jouer dans la mission Cordier, ou dans d'autres rapports, mais vous avez vu que dans la stratégie nationale de santé, c'est devenu le premier cas. Simplement, pourquoi aujourd'hui passer des paroles aux actes ? Il ne faudrait pas que cela reste une attention de papier, mais que cela devienne une priorité, une réalité dans l'optique de la santé.

Le droit à la santé est un droit constitutionnel, et le droit de vivre dans un environnement sain et propice à la santé est également inscrit dans un article de la Constitution depuis la dernière modification de celle-ci.

La matinée sera consacrée à une approche orientée CPAM, Assurance maladie, acteurs des CPAM.

Cet après-midi, l'approche sera beaucoup plus large et en même temps quelque peu scientifique de cette prévention primaire.

Arnaud de BROCA

*Secrétaire général de la FNATH,
Vice-Président du CISS*

Nous nous sommes mobilisés, avec André Cicollela, il y a une dizaine d'années contre l'utilisation des éthers de glycol, avec pour slogan « La prévention ne peut pas s'arrêter à la porte des entreprises ». Les éthers de glycol étaient interdits ou en tout cas leur emploi fortement réduit en milieu domestique, alors qu'ils continuaient à être utilisés en milieu professionnel. Il existait donc une contradiction dans la conception de la prévention, puisque beaucoup de personnes passent plus de temps au travail à utiliser des produits dangereux, notamment des éthers de glycol – je pense aux petites imprimeries – que chez eux. Ce qui nous avait conduits à nous mobiliser pour que la prévention puisse être appliquée de la même manière dans tous les lieux de vie.

Cette journée est aussi importante, parce qu'elle est l'occasion de réunir nos représentants, nos militants du CISS, de l'UNAF et de la FNATH autour d'un sujet commun : la prévention. Je pense qu'il est important que nos trois réseaux, qui sont très liés, puissent se retrouver sur des actions communes et puissent mieux se comprendre au-delà de ce genre d'actions annuelles, qu'il y ait un vrai intérêt au sein des caisses primaires d'assurance maladie à travailler ensemble, à

prendre des positions communes et à avoir une parole d'usagers ensemble.

Il y a une vraie utilité à ce que ces relations puissent déboucher sur des actions véritablement communes et utiles pour les personnes que, collectivement, nous représentons.

Pierre-Marie LEBRUN

*Secrétaire général adjoint de l'UNAF,
Président du CISS Nord-Pas-de-Calais*

Si l'on ne devait pas faire ensemble ce travail chaque année, il nous manquerait quelque chose pour vivre ensemble entre la FNATH, les UDAF et le CISS.

Tout le monde comprend bien que la famille est le lieu naturel de la prévention primaire. Au niveau des UDAF et de l'UNAF, on est venu tout doucement, parce qu'on était plutôt sur des questions de sécurité sociale en général, d'assurance maladie, d'allocations familiales, etc. et c'est en élargissant ce champ que l'on en est venu aux questions de prévention et tout naturellement à celles qui intéressent les familles.

Projection vidéo - Micro-trottoirs réalisé par le CISS : points de vue sur la prévention.



Les compétences de l'Assurance maladie en matière de prévention

Pierre-Marie LEBRUN

Nous allons commencer cette matinée avec Marie-Christine Keters, sur les compétences de l'Assurance maladie en matière de prévention.

Pourquoi parler de prévention ? Parce qu'on arrive assez rapidement à faire le lien entre la nécessité de la prévention, d'une part, les dépenses de santé et leur remboursement, d'autre part.

L'Assurance maladie s'intéresse à ces questions de prévention, même à travers sa convention d'objectifs et de gestion – COG – avec l'Etat ; et nous sommes en train de préparer la nouvelle COG. Puisqu'il existe un paragraphe intitulé « Renforcer les programmes de prévention », l'Assurance maladie contribue à la mise en œuvre de la politique nationale de santé – loi de santé publique, plan de santé publique en permettant à ses assurés de bénéficier d'actions de prévention tout à long de leur vie, de façon coordonnée avec l'action des autres opérateurs de l'Etat et désormais avec les ARS.

Les programmes de prévention actuellement mis en œuvre par l'Assurance maladie seront poursuivis : dépistage de cancers, prévention des pathologies infectieuses aiguës, vaccination antigrippale, prévention des complications liées aux pathologies chroniques, diabète – et d'autres maladies chroniques qui vont être introduites dans l'actuelle COG –, et programmes dédiés à certaines populations, dépistages néonataux, surdité, prévention bucco-dentaire, iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées.

Voilà ce qui était en cours dans l'actuel COG. Ces axes vont être renforcés et complétés, Mme Keters nous l'expliquera.

Marie-Christine KETERS

Responsable du département information et prévention, CNAMTS

Je vous parlerai de la philosophie générale du positionnement de l'Assurance maladie dans le champ de la prévention et vous dresserai un tableau de nos actions et des moyens mis en œuvre. Si vous le souhaitez, je ferai un zoom sur les centres d'examen de santé.



Premièrement, quels sont les rôles respectifs de l'Assurance maladie et de l'Etat dans le champ de la prévention ? En fait, c'est bien l'Etat qui est responsable de la politique sanitaire de la France. Le rôle de l'Assurance maladie est un rôle d'opérateur par rapport à un certain nombre de programmes qui lui sont délégués et c'est aussi un acteur incontournable de la prévention dans le champ de la prévention médicalisée ; c'est dans ce champ de la prévention qu'est le cœur de notre action. C'est là que nous avons une plus-value particulière, dans le cadre des relations, notamment avec les professionnels de santé, puisque l'Assurance maladie a une délégation pour négocier avec eux – ce qu'on appelle les conventions.

Pour ce faire, elle a un certain nombre de leviers – les relations conventionnelles – mais au-delà, elle a également des relations avec les assurés qui sont effectivement très proches. Ces leviers sont aussi ses capacités de financement, puisqu'un certain nombre d'actions sont financées directement sur le risque et sur le FNPEIS.

Et puis, elle a son savoir-faire et son réseau. Sa grande force est de posséder son réseau de CPAM, de services médicaux, de centres d'examen de santé, de CARSAT, etc. qui sont une véritable force de déploiement de l'action sur le terrain.

Quelles ont été ses orientations en matière de prévention ? Une réflexion importante a été menée par le Conseil en 2005 sur le rôle de l'Assurance maladie en termes de prévention, et c'est en fait ce qui continue, plus ou moins, à guider notre action encore aujourd'hui, avec des axes qui ont été développés. Le premier axe a été de rappeler que l'Assurance maladie était là pour contribuer à la mise en œuvre de la politique de prévention coordonnée par l'Etat ; et vous savez que les textes qui définissent le rôle de l'Assurance maladie, et notamment de la CNAM, contiennent un alinéa sur la prévention.

Une deuxième orientation a consisté à développer des programmes d'information, de prévention et d'accompagnement personnalisés, notamment pour les patients souffrant de pathologies chroniques. C'est à ce titre-là que l'on a pu s'orienter vers la mise en place de programmes tels que « Sophia » qui est un programme d'accompagnement des patients diabétiques.

Enfin, troisième axe, la lutte contre les inégalités, axe qui n'a fait que se renforcer au fur et à mesure des années et des COG.

Notre objectif est donc de faire de la prévention à tous les âges, dans la durée et avec des actions ciblées et efficaces. Notre réflexion sur la prévention est donc bien celle-ci : il faut une cohérence et une coordination des acteurs qui sont multiples.

Ces orientations nous ont amenés à évoluer dans notre rôle en matière de prévention. Avant 2007 – avant la COG précédente – nous étions sur des modalités d'intervention ciblées autour de la mise en œuvre de programmes collectifs de santé publique qui avaient été bien définis par l'Etat et complétés par des actions locales financées par le FNPEIS. Ces programmes étaient les suivants : les vaccinations contre la grippe, le

ROR, les dépistages néonataux, le cancer du sein, le cancer colorectal, le bon usage du médicament, notamment la problématique des antibiotiques, la prévention bucco-dentaire et des examens de santé pour tous grâce aux centres d'examen de santé.

Notre réflexion et notre action sur la prévention nous ont amenés à aller au-delà de ces grands champs d'action qui étaient confiés à l'Assurance maladie et à avoir un rôle beaucoup plus proactif pour faire évoluer, soit notre manière de faire, soit notre champ d'action. En termes de manière de faire, on a souhaité personnaliser beaucoup plus les programmes nationaux de prévention et d'accompagnement, avec un meilleur ciblage par rapport aux besoins. Cela impliquerait ce qu'on pourrait appeler une démarche marketing – on a pris conscience que l'on ne pouvait pas parler de la même manière à tout le monde – et la mise en place des programmes nationaux avec des actions de proximité complémentaires mais très articulées.

Que le médecin traitant puisse mener une action préventive a été la grande nouveauté introduite par les relations conventionnelles depuis quelques années pour essayer de faire en sorte qu'il soit vraiment le pivot de la prévention. Il ne peut pas être tout seul, il n'a souvent pas le temps, mais quand il dit quelque chose, souvent cela porte, il faut donc que lui aussi soit un acteur pivot, même si les actions doivent être relayées par beaucoup d'autres acteurs, afin que tous les intervenants aillent dans le même sens.

Une information multicanal des assurés, voilà un domaine que l'on a beaucoup développé, avec, sur Internet, un volet d'informations générales. Je ne sais pas si vous connaissez le site « ameli-santé » que l'on développe et qui est un site d'informations sur la santé, les pathologies, les





maux, etc. C'est un volet de suivi personnalisé sur l'offre de prévention qui nous permet de mieux pouvoir informer les assurés sur une démarche proactive de leur part puisque pour l'offre de prévention sur un compte assuré, c'est vraiment l'assuré qui peut aller, au-delà des recherches administratives, chercher des informations sur certains programmes de prévention le concernant directement.

Par ailleurs, les centres d'examen de santé ont un rôle beaucoup plus ciblé sur les populations qui en ont le plus besoin, mais également un rôle diversifié avec un positionnement en offre de services au médecin traitant et un développement de problématiques d'éducation thérapeutique et d'éducation en santé qui n'était pas fait préalablement.

Je vous parlerai maintenant du médecin traitant. C'est en mars 2006 et en avril 2007 que le rôle du médecin traitant dans la prévention a été introduit dans le cadre conventionnel, avec la fixation de trois priorités : la prévention du cancer du sein ; la prise en charge des patients diabétiques ; la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées.

En 2008 et 2009, ont été introduits, comme thématiques, les facteurs de risque de la grossesse, la prévention des autres facteurs de risques cardio-vasculaires et une sensibilisation à la prévention du cancer colorectal.

Et en 2010 et 2011, a été rajoutée l'obésité chez les jeunes.

La seconde étape de renforcement de la démarche d'intégration du rôle de prévention dans la pratique des médecins traitants a été mise

en place en 2011, dans le cadre de la nouvelle convention médicale, avec l'introduction d'une rémunération liée à des résultats précis dans la poursuite des objectifs de santé publique.

L'avancée, par rapport à la situation antérieure, c'est que les médecins devaient se manifester pour y adhérer. Le deuxième point, c'est que les différents objectifs de santé publique ont été directement inscrits dans la convention ; ils s'imposent donc par défaut à l'ensemble des médecins. Sachant qu'a été introduite cette rémunération sur objectif de santé publique qui concerne le suivi des pathologies chroniques et dans le cadre de la prévention : la vaccination antigrippale, le dépistage des cancers féminins, la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées, l'usage pertinent de l'antibiothérapie. Avec une revalorisation d'actes pour soutenir ces objectifs de santé publique en termes de dépistage. A savoir une création de consultation spécifique en dermato pour le dépistage des cancers cutanés et le cumul possible du frottis avec la consultation.

Sur ce slide vous voyez les principaux programmes nationaux actuels de prévention et d'accompagnement qui vous accompagnent tout au long de la vie, de 0 à 75 ans.

Pour les jeunes : le dépistage néonatal de la surdité, le dépistage des maladies génétiques de la naissance, les vaccinations – ROR, prise en charge à 100 %   partir de 12 ans –, l'examen bucco-dentaire, le programme d'accompagnement des médecins pour l'ob sitt  des jeunes.

Pour les adultes : asthme, grossesse, programme « Sophia », dépistage du cancer de l'utérus à

partir de 25 ans, les risques cardio-vasculaires et à partir de 50 ans, les dépistages organisés des cancers. A partir de 65 ans, le problème de la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées et de la vaccination antigrippale.

Je n'ai parlé ni du programme « santé active » qui va vous être présenté par la caisse de la Sarthe, qui est un programme de prévention primaire d'éducation en santé dans lequel on se positionne également aujourd'hui, ni du programme « Prado » qui est un programme d'accompagnement de retour à domicile.

Je voulais donc vous montrer que nous étions présents pour tous les âges de la vie, et sur tous les champs de la prévention, prévention primaire, prévention secondaire et prévention tertiaire.

Nous avons ainsi des actions nationales qui se déclinent sur le terrain, et qui laissent place à des initiatives locales qui sont menées par les caisses sur des thématiques prioritaires qui sont des compléments d'actions nationales sur des thèmes tels que : éducation en santé, santé bucco-dentaire, éducation thérapeutique des patients, maternité, nutrition, pathologies chroniques, vaccinations, cancer du col, contraception, sexualité, risque tabagique. Ce sont là des thématiques que l'on fixe comme des priorités aux caisses locales sachant qu'elles peuvent soit mener les actions correspondantes, soit les financer.

Je vous dirai maintenant deux mots sur le FNPEIS, puisqu'il s'agit d'un fonds géré par la CNAM et dédié à la prévention.

Le FNPEIS n'est pas le fonds finançant l'ensemble de la prévention qui fait l'objet d'un financement de l'Assurance maladie. Par exemple, les vaccins sont remboursés sur le risque, tout comme les mammographies, alors que pour l'un comme l'autre on est dans le champ de la prévention.

Le FNPEIS finance des actions spécifiques qui ne trouvent pas leur place en termes de financement sur le risque. Ce sont des actes ou des produits que l'on prend en charge à 100 % - en dérogation aux règles normales de financement. C'est le cas par exemple du vaccin contre la grippe : la partie du ticket modérateur est imputée sur ce fonds de prévention, la partie à 65 % étant financée sur le risque.

Ce fonds permet de compléter ce que fait le risque sur certaines actions prioritaires dans lesquelles l'Assurance maladie s'investit. Ou des dépenses spécifiques qui ne relèvent pas du risque ni du fonds de gestion administrative qui est le fonds de fonctionnement des caisses qui nous permet aussi de faire un certain nombre de choses.

Ces financements correspondent à des actions nationales ou territorialisées de prévention et d'accompagnement des assurés et qui font l'objet d'une définition dans le cadre des conventions

d'objectifs et de gestion entre la CNAM et l'Etat, avec un budget pluriannuel annexé à cette convention. Et l'ensemble des actions qui sont financées sur ce fonds sont évidemment déployées soit directement par l'Assurance maladie, soit par d'autres acteurs que l'on finance par le biais de ce fonds. Cela représente un budget annuel d'environ 500 millions d'euros.

Quant aux centres d'examens de santé – CES –, ils sont répartis sur le territoire de façon non homogène. Il y a une centaine de sites, ce qui représente environ mille ETP. Offrir aux assurés des examens de santé est une mission obligatoire pour les caisses, mais il est aussi inscrit dans les textes que cette action doit être ciblée en faveur des populations précarisées. C'est donc cet axe-là que l'on a pu développer avec une double préoccupation : réduire les inégalités de santé et aider les assurés à être acteurs de leur santé.

En 2012, dans les CES, 527 000 examens périodiques ont été réalisés. Et dans le cadre des programmes nouveaux, 60 sites se sont engagés dans le programme d'éducation thérapeutique du patient pour les diabétiques, 19 dans le programme expérimental BPCO et 7 dans le programme asthme qui a démarré en janvier 2013.

Une vingtaine de CES sont engagés dans un programme national d'éducation en santé qui a été « protocolisé » au niveau national. Par ailleurs, les CES participent à la mise en place d'une cohorte épidémiologique, qui a d'ailleurs obtenu des crédits du Grand emprunt puisque c'est la première cohorte en France qui va atteindre un objectif d'inclusion de 23 000 volontaires. La constitution de cette cohorte repose complètement sur les centres d'examens de santé puisque les volontaires sont invités à venir passer un examen de santé enrichi avec des données qui alimentent cette grande étude épidémiologique qui a commencé.

Enfin, pour le diabète, je veux simplement vous dire qu'à la fin de 2012, près de 8 000 patients ont pu bénéficier de ce programme.

Pierre-Marie LEBRUN

Pouvez-vous nous en dire un peu plus sur la prochaine COG ? Y aura-t-il des nouveautés ?

Marie-Christine KETERS

Il y a eu beaucoup de choses de faites, d'actions introduites auprès des acteurs qui n'étaient pas complètement impliqués précédemment. Nous souhaitons donc vraiment une consolidation. Par ailleurs, nous souhaitons particulièrement mettre l'accent sur une meilleure articulation entre des programmes qui ont chacun suivi leur propre logique – je pense aux programmes « Sophia », ETP, « Prado », « santé active », l'action des centres d'examens de santé, etc. – pour renforcer

les cohérences entre ces différents programmes. Enfin, on prévoit la poursuite de l'élargissement de « Sophia », le développement du « Prado », qui est le programme du retour à domicile et le développement du programme « santé active ».

Des programmes totalement nouveaux ? Non. Il y aura peut-être la problématique associée au VIH de l'hépatite.

Pierre-Marie LEBRUN

Y aura-t-il un chapitre consacré à la cohérence au niveau local ? Je serai franc : localement, la prévention ressemble bien au dessin qui est sur le programme ! Chacun se croit autorisé à faire de la prévention. Au niveau national, l'Etat donne les orientations, mais localement, c'est beaucoup moins clair que cela.

Marie-Christine KETERS

Les textes mettent les ARS au cœur du pilotage des actions.

En ce qui concerne nos actions par rapport aux caisses, le mot d'ordre est l'articulation avec les ARS. Il faut absolument une cohérence des acteurs au niveau local. Mais les choses mettent du temps.

Pierre-Marie LEBRUN

Si vous écrivez dans la future COG plus d'une ligne sur le sujet, cela fera plaisir à tout le monde !

Marie-Christine KETERS

La COG ne concerne que l'Assurance maladie.

Pierre-Marie LEBRUN

Elle concerne quand même le national. Regardez le problème des dépistages. Quand on arrive à un plafonnement des dépistages, vous aurez beau faire ce que vous voulez au niveau national, vous ne changerez pas le pourcentage ! Ce seront des actions locales qui permettront d'aller au-delà d'un certain pourcentage. Ce qui veut dire que même pour le national, il y a un intérêt à s'entendre avec le local pour augmenter les statistiques.

Marie-Christine KETERS

Cela me fait penser que dans les orientations qui vont intervenir, il y aura un renforcement de certaines actions, notamment sur la problématique « les jeunes et le tabac ».

Notre souci, c'est que nous devons arriver à une meilleure participation, mais également à un coût qui ne soit pas aberrant. Et là nous poussons l'Etat à mener une réflexion sur cette organisation. Aujourd'hui, alors que nous sommes dans une généralisation du dépistage des deux cancers, du sein et colorectal, nous pensons vraiment qu'une

réflexion sur l'organisation est indispensable. Et il faut peut-être même revoir les rôles, d'aucuns pouvant avoir plus d'influence que d'autres sur certains aspects.

Pierre-Marie LEBRUN

Dernier point : l'évaluation. Elle est parfois un peu faible en matière de prévention. On ne peut pas, en effet, se contenter de l'évaluation en fin de vie ! Et c'est à mettre aussi dans la COG.

ECHANGES AVEC LA SALLE

De la salle

Que veut dire COG ?

Marie-Christine KETERS

Convention d'objectifs et de gestion. C'est le contrat entre l'Etat et la CNAM qui permet de définir les engagements de chacun par rapport à l'ensemble de l'action de l'Assurance maladie. La COG est à l'Assurance maladie un grand volet qui correspond aux « moyens de l'Assurance maladie » en termes de personnels des caisses, etc. mais aussi aux orientations, aux priorités, et c'est ce qui doit permettre justement de s'inscrire en très bonne cohérence avec l'Etat, dans la mesure où celui-ci est la tutelle d'autres acteurs, qu'il pilote.

Patrick AUFRERE, CISS Auvergne

Nous sommes partenaires du projet « Sophia ». Je suis très inquiet. Les patients sont très remontés, ils nous l'ont écrit. Je suis donc intervenu en CPAM de l'Allier. Jamais, à aucun moment, pour l'adhésion à ce service, aucune information ne nous a été donnée sur le fait que les patients seraient appelés en appel masqué. Les gens ne décrochent pas.

Marie-Christine KETERS

Je ne m'occupe pas directement du programme « Sophia », mais je ferai remonter votre inquiétude.

Xavier ARCHAMBAULT, CISS région Centre

Je souhaiterais savoir comment étaient décidés et par qui les thèmes de la prévention. J'ai habité Paris toute ma vie et maintenant je suis à la campagne, et ce que j'ai découvert m'interpelle. C'est-à-dire qu'on voit des traitements chimiques à profusion autour des maisons, on vient d'autoriser l'épandage par avion, etc. Bref, apparaissent dans le monde rural des risques qu'à Paris on n'anticipe pas ou on ne voit pas. Des cancers se développent de façon exponentielle, des cancers de la plèvre,

des cancers très importants dans l'ensemble du monde paysan. Des études américaines ont démontré que les épandages laissent des traces sur les moquettes des maisons jusque dans un rayon de deux kilomètres !

Autre sujet : l'alcoolisme au volant, que l'on remarque tout particulièrement sur les routes secondaires qui ne sont pas énormément fréquentées.

Or ce sont des sujets qui ne sont jamais traités, et je me demande si cette moitié de France fait partie de la réflexion sur la prévention des risques de l'autre moitié – un peu moins – constituée des grandes villes et de Paris.

Marie-Christine KETERS

Il s'agit là du problème des politiques sectorielles qui s'articulent mal. Mais il me semblait que l'ARS avait justement un rôle en termes de réflexion de l'impact santé.

Sandrine CABOT, Directrice de la CPAM des Flandres

J'aimerais revenir aux appels masqués. Cela résulte des plateformes téléphoniques. Il est possible de transformer le libellé « appel masqué » en un numéro, 3646, qui est celui de la plateforme. Mais cela dit, pour l'avoir expérimenté en Nord-Pas-de-Calais, même avec l'affichage du numéro, la problématique est la même, puisque les gens ne décrochent pas. Effectivement, il faut



bien l'avouer, il y a une pollution générale des appels commerciaux et pour l'instant on n'a pas tellement de solutions pour que le libellé soit plus attractif, si ce n'est d'afficher le numéro de la plateforme.

Arnaud de BROCA

Quelle est concrètement, s'il y en a une, la cohérence ou la coordination avec la branche AT/MP – accidents du travail, maladies professionnelles – sur les actions menées ? Par exemple, sur l'asthme, sur la réduction des inégalités, sur les cancers ? La branche AT/MP fait-elle des choses ?

Très concrètement, êtes-vous dans les mêmes locaux, vous retrouvez-vous, discutez-vous ensemble de différentes questions ? Parce que nous, nous ne sentons pas cette cohérence.

Bon, il y a la CARSAT sur le terrain qui peut faire office de... mais je ne suis pas sûr que cette cohérence existe vraiment.

Marie-Christine KETERS

Vous avez raison, et c'est d'ailleurs une des préoccupations de nos conseillers. C'est vrai que cela existe sur certains sujets, la coordination est un peu plus étroite. Je pense notamment à un programme expérimental dans les centres d'examen de santé qui est lié à la médecine du travail pour lequel on a réussi à mettre une passerelle. Mais cela fait partie des choses à renforcer, vous avez complètement raison.

Pierrick CHAUSSEE, CARSAT Aquitaine

Nous avons des politiques coordonnées, parce qu'une des priorités notamment de la branche AT/MP aujourd'hui ce sont les agents CMR – cancérigène, mutagène, reprotoxique ; on est vraiment là sur des champs liés à la prévention, des champs communs et coordonnés.

Jeanne Emérante DEFOI, Présidente du CISS Martinique

Dans tous vos propos vous avez parlé de CPAM, or en outre-mer, il s'agit de la caisse générale de la sécurité sociale. L'existence de cette caisse veut-elle déjà dire qu'il existe une coordination entre les actions de prévention qui devraient être mises en place par l'Assurance maladie et par les autres caisses ?

Dans votre présentation, il y avait une carte de la France concernant les diabétiques. Or je n'ai pas vu l'outre-mer alors que dans nos départements, pour le taux de diabète, le taux d'hypertension, le taux de cancers, notamment de la prostate pour les hommes et du sein pour les femmes, nous battons, malheureusement, les records de la métropole.

J'aimerais être rassurée sur le fait que les statistiques, les données, les programmes tiennent compte de notre situation et de l'organisation qui est différente au niveau des caisses.

Marie-Christine KETERS

J'utilise le terme CPAM de manière générique. Effectivement pour les départements d'outre-mer il s'agit de caisses générales de sécurité sociale. Mais je ferai une petite précision, car la dernière carte que je vous ai montrée était celle des centres d'examen de santé qui était rentrée dans des programmes d'éducation thérapeutique du patient pour les diabétiques de type 2.

Mais pour les dotations qui sont allouées, bien entendu, les départements d'outre-mer sont traités comme les autres en fonction des priorités que les caisses nous remontent, et en termes de priorité et de financement.

Annie PICARD, CISS PACA

En matière de dépistage et de prévention, je suis un peu étonnée qu'on ne parle pas des antécédents familiaux. Car dans certaines familles, où il y a des décès, même si elles n'ont pas de maladies héréditaires, il peut y avoir un terrain propice à certaines pathologies. A qui revient la responsabilité de dire aux enfants qu'ils ont tout intérêt à se faire dépister pour telle ou telle maladie ? Je puis vous dire, par expérience, que les médecins traitants ne disent jamais à leurs patients qu'ils ont un intérêt à prévenir leurs enfants qu'ils peuvent avoir telle ou telle pathologie.

Marie-Christine KETERS

Il est clair que cela fait partie du rôle du médecin traitant et l'objectif qui a présidé à la mise en place de cette notion de médecin traitant, c'était tout de même un peu l'idée que l'on retrouve les grandes caractéristiques positives qu'avait le médecin de famille, comme on l'appelait autrefois qui avait la connaissance de la famille, donc des antécédents.

C'est la raison pour laquelle nous considérons que le médecin traitant joue un rôle essentiel dans la prévention. C'est parce qu'il est le seul à pouvoir avoir cette information.

Alors les choses ont évolué, le rôle du médecin de famille traditionnel ne peut pas toujours être exercé parce que rares sont les médecins qui connaissent plusieurs générations.

Cela fait partie de la démarche d'investigation qui est faite aussi dans les centres d'examen de santé au moment d'examen périodiques de santé ; c'est la connaissance des antécédents pour déterminer un certain nombre de problématiques de risques.

André GUINVARCH, Représentant de l'UDAF à la CPAM Tarn-et-Garonne

La prévention pour nous est importante, nous espérons que demain, dans la COG, la prévention y sera beaucoup plus développée, mais je me projeterai encore une année plus loin, puisqu'il va y avoir le renouvellement des CPAM, et la mise en place de leur fonctionnement. Or je m'interroge beaucoup sur la place des conseillers dans le domaine de la prévention. Plus ça va, moins elle enveloppe ; vous l'avez démontré et c'est important.



En revanche, peut-être que le rôle politique est plus important. Le problème est : y aura-t-il des impulsions pour que ce rôle politique soit favorisé, c'est-à-dire la mise en place d'une commission de prévention avec beaucoup plus de pouvoirs qu'elle n'en a aujourd'hui, ou une ambition mieux définie au niveau national pour que cela puisse se retrouver au niveau des territoires.

Marie-Christine KETERS

Je prends acte de cette proposition.



Claude RAMBAUD

Je poserai une question relative au budget. Vous nous avez fait une excellente présentation sur des actions de prévention de la caisse nationale, mais essentiellement de la prévention secondaire. Je pensais que le FNPEIS était bien plus consacré que cela à la prévention primaire. On y trouve 700 millions d'euros de subventions INPES. Dans le programme de prévention des ARS, 37,5 millions d'euros – tout n'y va pas, on le sait. Dans ce qui vous reste, 9,5 millions d'euros pour la caisse nationale, je ne sais si tout y va aussi. De toute façon, sur les 280 milliards d'euros, cela nous fait 0,003 % du budget consacré à la prévention primaire.

Je sais bien que la caisse nationale est sur le risque ; d'accord. Dans « santé active », nous allons voir s'il y a un peu plus de budget, mais comment nous en sortons-nous ? Parce que cela fait des années que l'on reste sur ces budgets-là ?

Marie-Christine KETERS

Il faut faire attention aux chiffres. Dans le FNPEIS, il y a la dépense qu'il faut, quelque part, payer. Mais il y a énormément de coûts cachés qui alimentent les vrais budgets de prévention. Si je prends l'exemple de « santé active », ce que l'on a sur le FNPEIS comme dépenses, ce sont des dépenses d'intervention des professionnels de santé, ou pas, qui vont développer les ateliers, etc. Cela servira au financement du logiciel que l'on va mettre en place. En revanche, les dépenses qui seront faites pour installer une boutique d'accueil ou pour le personnel qui accueillera le conseiller, seront invisibles car elles sont prises par redéploiement de moyens sur les coûts de gestion de caisses.

Sur le plan de la prévention primaire, il faut savoir que tout ce qui est action directe des acteurs de caisses n'est pas chiffré dans le FNPEIS.

Claude RAMBAUD

Nous avons une idée de ce que cela peut représenter ? Je parle juste du budget Assurance maladie.

Marie-Christine KETERS

Le centre stratégique a fait une analyse il y a 2 ou 3 ans. Il avait essayé de chiffrer ce que pouvait représenter la prévention. Nous avons travaillé avec eux, et ils montraient qu'effectivement si l'on parlait du pourcentage, les fameux 0,003 % qui était officiel, on avait une vue totalement parcellaire de la vraie dépense de prévention.

Il y a tout ce qui est dans les caisses que l'on chiffre plus ou moins bien, etc. Et dans la prévention primaire, il n'y a pas que l'éducation en santé, on y met, en général, les vaccinations ou autres. Mais si vous n'êtes que sur l'information et l'éducation en santé, effectivement la plupart des coûts sont invisibles par rapport au document que j'ai pu vous donner.

C'est tout à fait la même chose sur ce que l'on a développé en termes d'information des assurés avec « ameli-santé » et tous les conseils de prévention, puisque là on est sur des coûts de praticiens-conseils qui font les choses, des coûts des budgets de la CNAM, budget d'établissements publics sur les développements informatiques, etc. Il n'y a rien au niveau budgétaire dans le FNPEIS là-dessus et pourtant il est évident que ce sont des services qui coûtent.

Présentation des résultats de l'enquête en CPAM

Pierre-Marie LEBRUN

Nous allons maintenant vous présenter les résultats de l'enquête dans les CPAM.

Magali LEO

*Chargée de mission assurance
maladie au CISS*



Nous menons l'enquête en CPAM depuis le mois d'avril. Nous avons reçu un peu plus de quarante réponses et nous avons essayé de restituer et de synthétiser les contenus qui étaient assez diversifiés.

L'exercice du jour est de vous présenter de manière dynamique et synthétique les résultats que vous nous avez aidés à obtenir suite à l'enquête que nous menons tous les trois.

Nous mettrons à votre disposition dans quelques semaines les annexes à ce document, c'est-à-dire un fascicule qui comprendra l'ensemble des réponses que l'on a scannées et que l'on est train de rassembler dans un document qui est assez épais – vous le trouverez en ligne et il sera téléchargeable.

Nathalie commencera par vous rappeler les éléments du contexte.

Je vous présenterai ensuite les résultats des caisses et François présentera les outils juridiques, du moins deux, un qui est bien franco-français, le contrat local de santé, qui est une création de la loi HPST et qui est un vecteur juridique intéressant pour améliorer la coordination entre les acteurs de la prévention. Et un modèle juridique québécois, plus coopératif au service direct des usagers qui sont organisés pour mettre au point des dispositifs ayant pour but de répondre à leurs besoins de santé et de prévention.

Nathalie TELLIER

*Chargée de mission assurance
maladie à l'UNAF*

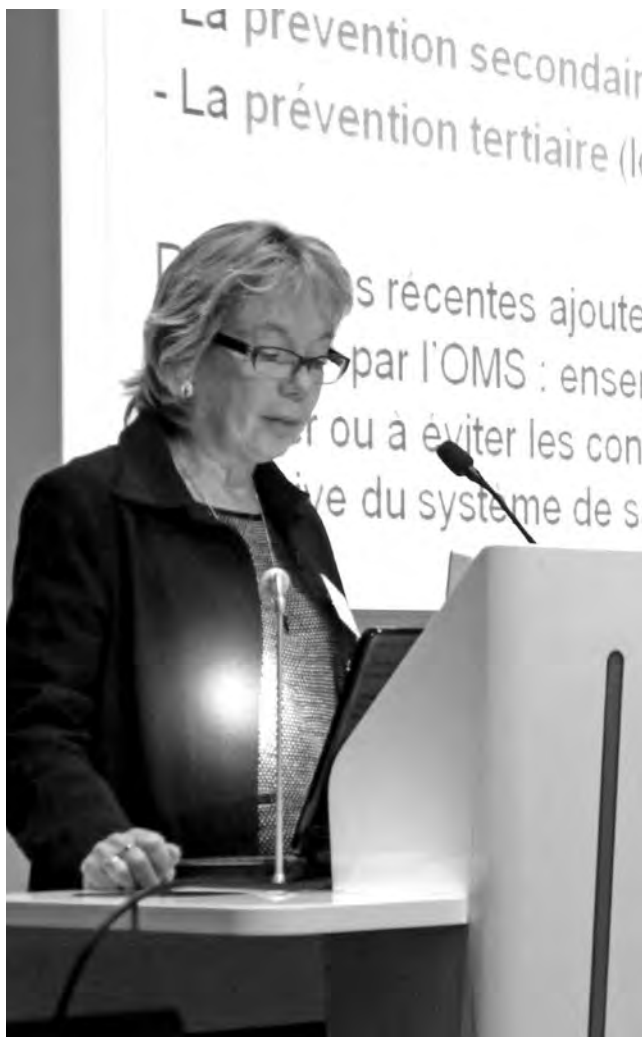
Commençons par s'interroger sur ce qu'est la prévention et ce qu'est l'éducation à la santé. L'éducation à la santé, c'est, selon la définition donnée par l'OMS en 1983 : « *L'ensemble d'activités, d'informations et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir et à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin* ».

L'OMS distingue trois catégories d'action en santé :

- D'abord, la prévention primaire, qui est la prévention avant l'apparition de la maladie ; on peut citer en exemple, la vaccination.
- Ensuite, la prévention secondaire, qui peut se situer en tout début de maladie ; on peut citer le dépistage.
- Enfin, la prévention tertiaire, lorsque la maladie est installée.

Des études récentes ajoutent une prévention quaternaire, qui n'est pas encore reconnue par l'OMS, qui représente l'ensemble des activités de santé destinées à atténuer ou à éviter les conséquences de l'intervention inutile, excessive, du système de santé.

Quelques éléments de contexte. D'abord, l'investissement de la France pour lutter contre les causes de mortalité évitables. Si l'état de santé des Français apparaît globalement bon, il reste encore à lutter contre notamment les



causes de mortalité évitables qui causent une baisse de l'espérance de vie sans incapacité et une mortalité prématurée – avant 65 ans – qui restent encore parmi celles qui sont les plus élevées dans l'Union européenne.

Il existe également des disparités qui perdurent entre hommes et femmes, entre territoires et entre catégories socioprofessionnelles et dans certains groupes de populations.

Je vous parlerai de ces inégalités. Il est intéressant de voir l'écart d'espérance de vie qui existe chez les hommes entre les cadres et les ouvriers. Entre 1976 et 1984, l'espérance de vie du cadre était supérieure de 6 ans. Entre 2000 et 2008, elle était de 6,3 ans.

Concernant les femmes, l'écart est moins important, puisqu'il était de 3,1 ans entre 1976 et 1984 et de 3 ans entre 2000 et 2008.

Si l'espérance de vie augmente, la qualité de vie diminue. L'espérance de vie sans incapacité passe chez les hommes, entre 2008 et 2010, de 62,7 à 61,9 ans. Les causes peuvent être environnementales, mais aussi comportementales du fait des conditions de travail délétères d'un certain nombre de personnes. S'ajoute à cela la crise, qui ne permet pas à toutes les personnes d'accéder aux soins.

En 2008, l'espérance de vie des femmes était de 84 ans, et de 85 ans en 2010. Mais il faut noter une baisse de l'espérance de vie sans incapacité puisqu'elle passe de 64,6 à 63,5 ans entre 2008 et 2010. Les causes sont les mêmes que pour les hommes. On vit donc plus longtemps mais en moins bonne santé.

Il existe également de fortes inégalités territoriales et régionales.

Dans le Limousin, par exemple, le taux de mortalité pour 1000 personnes est 12,1 et l'espérance de vie à la naissance pour le Nord-Pas-de-Calais est de 75,3 ans chez les hommes et de 82,8 ans chez les femmes, alors que pour d'autres territoires comme l'Auvergne, il est de 77,6 chez les hommes et de 84,5 ans chez les femmes.

S'agissant de l'investissement de l'assurance maladie en matière de prévention, il s'agit du fameux FNPEIS qui est le fonds permettant de financer une partie de la prévention par les caisses primaires d'assurance maladie. Les principales actions sont : les vaccinations, le bon usage du médicament, l'action de prévention et d'accompagnement, les actions de dépistage des cancers du sein et colorectal, les actions territoriales qui sont importantes.

Nous avons fait un zoom sur la convention médicale mise en place en 2011, car nous avons un volet rémunération sur objectifs de santé publique – ROSP – pour les professionnels de santé. Il s'agit d'un volet qui permet de rémunérer les médecins traitants pour leurs actions en matière de prévention.

Passons rapidement à la présentation de l'enquête CISS/FNATH/UNAF. Je ne vous ferai pas une lecture exhaustive, il s'agit de la lettre qui vous a été adressée et vous demandait de nous donner des précisions à la fois sur le budget, sur les actions locales, sur les partenaires ainsi que sur la rémunération et la performance des médecins traitants.

Quarante-et-une caisses ont répondu, sachant que nous n'avons pas pu inclure deux caisses, celles du Tarn-et-Garonne et du Val-de-Marne. Nous ne sommes pas encore à 50 %, qui étaient notre objectif.



Magali LEO

Sur la totalité des réponses que nous avons reçues, nous pouvons classer les contenus en deux chapitres : d'abord, les actions territoriales, mais qui sont menées pour compléter ou renforcer des programmes nationaux de la CNAM ; ensuite, des programmes qui sont contractualisés avec l'Etat dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion. Certaines caisses primaires d'assurance maladie vont un peu au-delà de ces problématiques, soit pour compléter, soit pour en renforcer l'impact.

Ensuite, les actions locales qui sont développées par les caisses primaires d'assurance maladie pour répondre à une problématique qui a été repérée localement.

Tout d'abord, au titre des actions pour décliner ou renforcer l'action de la CNAM, il y a des actions complémentaires au dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal. Au-delà de ces campagnes, certaines caisses expérimentent le dépistage du col de l'utérus.

En complément des campagnes nationales, certaines caisses organisent des événements locaux et réalisent surtout une politique de ciblage populationnelle. Ce qu'on appelle « ciblage populationnelle », c'est par exemple des actions de sensibilisation en direction des femmes bénéficiaires de la CMU complémentaire. Dans l'Aube, par exemple, il y a une information

sur les sacs à pain des boulangeries avec un message d'incitation à participer au dépistage du cancer du sein. Il y a également des articles dans la presse quotidienne qui rappelle l'intérêt de se faire dépister. Et puis on voit que dans les Flandres, la CPAM travaille à déployer ces dépistages organisés avec le comité local d'aide aux dépistages qui est animé par la caisse et qui regroupe tous les acteurs institutionnels libéraux, hospitaliers, associatifs, impliqués sur le sujet dans la circonscription.

En Gironde, pour promouvoir le dépistage du cancer du sein, une équipe féminine de la CPAM a participé à la course « La Bordelaise » en octobre 2012. Il y a également la « Course des Filles » en Haute-Loire, la participation aussi de nombreuses caisses à « Octobre Rose », à différents événements sportifs. Il y a également en Seine-et-Marne « Mars Bleu », qui est la promotion du dépistage du cancer colorectal avec différents stands dans des lieux d'accueil des usagers – en mairie par exemple.

Des conférences-débats sont organisées et des assurés qui ont reçu un courrier les invitant à participer à un dépistage et qui ne se sont pas manifestés se voient relancés par SMS.

Par ailleurs, certaines caisses développent des actions pour renforcer l'impact de la prévention par la vaccination. Dans le département de l'Essonne, par exemple, les assurés reçoivent des invitations personnalisées pour le vaccin antigrippal lorsqu'ils ont plus de 65 ans. La CPAM

du Tarn envoie une carte d'anniversaire aux deux ans de l'enfant pour rappeler l'importance de la vaccination ROR.

Nous en avons parlé ce matin, mais j'insiste sur la prévention bucco-dentaire, avec le programme « MT' dents ». Certaines caisses mènent des actions spécifiques auprès des enfants scolarisés dans des quartiers défavorisés et ciblent des villes où l'on repère des faibles taux de recours. Un certain nombre d'actions sont prioritairement dirigées vers les zones défavorisées ; c'est le cas des Alpes-de-Haute-Provence. Nous avons relevé dans le département de l'Essonne une initiative intéressante qui propose un bilan bucco-dentaire gratuit dans les EHPAD – établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes.

Dans la caisse des Flandres, après sensibilisation, on procède à une relance par mail et par téléphone des familles.

Je veux citer le département de la Haute-Loire, car c'est le premier pour le recours à l'examen bucco-dentaire dès 6 ans.

Enfin, le département du Val d'Oise a conçu un dispositif qui s'appelle « Vive les belles dents » et qui vise les enfants de 7/8 ans qui ne sont pas touchés par « MT'dents ».

Le dépistage rapide de l'angine est intéressant. J'ai d'ailleurs fait une découverte à la lecture de ce volet, puisque je me suis rendu compte que le dépistage rapide de l'angine est basé sur le volontariat et que les ORL font ou ne font pas la demande pour disposer de ces tests.

Concernant le dépistage des cancers cutanés, deux caisses, d'après nos réponses, développent des actions de prévention. Par exemple, en Haute-Vienne, la CPAM est partenaire de la Journée nationale avec les syndicats de dermatologues.

S'agissant du suivi à l'accompagnement de la femme enceinte, le département de l'Aube, par exemple, a mis en place le parcours maternité. Durant leur maternité, les futures mamans reçoivent un mémo maternité, un guide pratique « Je prépare l'arrivée de mon enfant » et un memento pour noter leurs rendez-vous.

La CPAM des Flandres développe des ateliers maternité en lien avec la CAF et une sage-femme.

Par rapport au deuxième volet, parmi les actions qui sont plus spécifiques, que l'on retrouve en réponse à des problématiques très locales, il y a d'abord la prévention du diabète et de ses complications ; le diabète concerne 4 millions de Français. En Chine, 114 millions de Chinois sont diabétiques et plus de 400 millions sont prédiabétiques. Il s'agit donc d'un fléau national et mondial lié à nos habitudes alimentaires, car je parle là du diabète de type 2 qui est forcément lié à nos modes de vie.

Certaines caisses participent donc à la Journée du diabète. Par exemple, dans le département de la Haute-Loire, la caisse offre un examen de prévention en pédicure pour les diabétiques en grade 0 ou 1, âgés de 60 à 75 ans. Et en Seine-Maritime, lors des animations diabète, la CPAM propose à tous de venir se faire dépister gratuitement.

Des actions sont également menées en faveur des seniors. Dans le département de la Haute-Loire, des bilans de santé vigilance sont organisés à l'attention des seniors sur l'ensemble du département qui comprend un examen médical spécifique et un module de remise à niveau de conduite automobile.

Dans le département du Haut-Rhin, une action intitulée « Les clés du bien vieillir après 50 ans » est mise en place. Il s'agit surtout d'un programme d'éducation thérapeutique du patient qui est atteint d'une maladie chronique, telle que le diabète, l'insuffisance cardiaque ou l'asthme.

D'autres caisses favorisent le déplacement des usagers vers les centres d'examen de santé ou autres établissements de santé proposant des offres de prévention. Deux caisses sont concernées : la caisse de l'Artois et la caisse de l'Aube.

S'agissant des risques cardio-vasculaires, les CPAM mènent plusieurs actions. Dans la caisse de la Sarthe, une action porte sur les risques de l'hypertension. L'Assurance maladie expérimente la diffusion d'appareil d'auto-mesure tensoriel auprès des médecins généralistes. Et le département du Vaucluse mène une action « Parcours du cœur 2013 » par le biais de l'association « Cœur Santé Avignon », qui consiste à sensibiliser le grand public aux risques cardio-vasculaires.

Par ailleurs, il y a un gros chapitre sur l'aide au décrochage des personnes victimes d'addiction. Là, de nombreuses caisses développent des actions.

La caisse du Hainaut a développé un programme de prévention des addictions conçues localement depuis 2011 qui cible prioritairement les enfants et les adolescents et qui consiste à sensibiliser aux risques des conduites addictives par des animations ludiques et adaptées en partenariat avec l'Education nationale.

Une action menée par la caisse du Morbihan a permis de monter un espace prévention au Festival Interceltique de Lorient.

De nombreuses caisses participent également à la Journée mondiale contre le tabac.

Il y a aussi cette initiative intéressante sur les partenariats que l'on peut mettre en place avec des entreprises.

Certaines caisses ont développé des actions de prévention en matière d'AVC, notamment des séances publiques du conseil. Cela est intéressant parce que les séances publiques du conseil sont des initiatives que l'on retrouve dans plusieurs domaines. La caisse peut délocaliser et rendre public son conseil et du coup aborder des thèmes qui concernent le grand public. Là, c'était le cas : « Bien comprendre pour mieux agir contre les risques d'AVC ».

S'agissant des comportements alimentaires à risque, de nombreuses actions ont également été menées. Dans le département de l'Allier, plusieurs ateliers nutritionnels se sont tenus pour des personnes en situation de précarité. La caisse rappelle quand même dans sa réponse qu'il est plus difficile de mobiliser des usagers sur des activités physiques que sur la nutrition.

Dans la caisse des Flandres, une grande action de lutte contre le surpoids et l'obésité est menée afin notamment de dépister les enfants de 4 ans qui sont concernés.

Une autre action est menée dans plusieurs caisses, intitulée « acti-Fruity », qui consiste à promouvoir la consommation de fruits par les enfants.

On note également beaucoup d'animations dans les établissements scolaires en partenariat avec l'Education nationale. La caisse de la Vienne a développé une action sur les petits déjeuners et sur l'intérêt qu'il y a à diversifier son alimentation.

Sont aussi menées des actions en matière de promotion de l'activité physique : des ateliers, des forums, des partenariats, avec notamment le comité départemental du sport adapté, dans une caisse qui est financée par le FNPEIS à hauteur de 8 000 euros pour la poursuite de l'action de prévention du surpoids, éducation pour la santé par l'activité physique chez les jeunes déficients intellectuels.

Concernant la sexualité et la contraception, là encore plusieurs caisses ont développé des actions. La délivrance de la contraception d'urgence par les pharmaciens, ainsi que des brochures d'information. Les actions de prévention sur le sida. Les actions de dépistage en partenariat avec les ARS et des associations de patients. La mise en place de tests rapides d'orientation du diagnostic pour le dépistage du sida. Des actions avec le planning familial. Et des actions d'information sur la contraception.

La promotion du centre d'examen de santé. Le CES représente dans certaines caisses 50 % des dépenses de prévention. Un gros budget qui vise principalement à cibler les personnes en situation de précarité qui sont éloignées du système de santé, en proposant des bilans de santé gratuits et éventuellement des accompagnements personnalisés.

Ce sont également des lieux où les usagers peuvent recevoir des informations sur leurs droits. J'insiste sur ce point, parce qu'il n'y a pas accès aux soins ou à la prévention si en amont les usagers ne sont pas informés de leurs droits.

De nombreuses actions sont également menées en direction des jeunes. Par exemple, la caisse du Hainaut met en place des forums « santé et lycées » avec des messages de prévention sur l'hygiène bucco-dentaire, les addictions, la promotion des services en santé de l'Assurance maladie.

S'agissant de l'accompagnement des populations précaires je vous cite à titre d'exemple la CPAM de l'Artois qui propose un suivi individualisé des personnes fragilisées ou éloignées du système de santé en partenariat avec le Secours populaire.

Le département de la Drôme a mis en place quatre actions destinées à un public en situation de précarité sur le sommeil, l'hygiène de vie, en collaboration avec la CARSAT.

Le département de la Haute-Loire a mis en place la démarche « insertion par la santé » qui offre des soins aux publics les plus vulnérables par la réalisation d'un examen de santé aux assurés de 16 ans et plus en partenariat avec l'Institut de santé de Bourgneon Auvergne.

Il y a également une information du grand public sur l'offre de prévention et de services de l'Assurance maladie. Et la promotion du bon usage du médicament.

Une campagne intitulée « Nekicool » cible la petite enfance. L'idée est de diminuer la consommation d'antibiotiques des enfants de moins de 6 ans.

Enfin, pour finir, il y a les actions inclassables, que je vais vous citer un peu en « vrac » : dans le département de l'Eure, la prévention du mal de dos par des séances d'information et de correction de posture en entreprise, dans le cadre d'un réseau financé uniquement pour la partie soin par l'ARS ; dans la CPAM des Flandres, afin de cantonner l'épidémie de gale détectée dans la circonscription, la CPAM assure le remboursement des produits de désinfection non remboursables et la couverture du ticket modérateur pour les personnes qui n'ont pas de mutuelle ; dans le département de la Loire, la CPAM organise la Journée mondiale de dépistage et de prévention pour la santé du pied ; des caisses ont mis en place des actions pour favoriser l'accès à l'orthophonie ; une caisse a repéré une recrudescence des problèmes liés au blanchiment de peau, etc.

Voilà pour les actions locales.

Les partenaires prévention des caisses primaires d'assurance maladie – je passe assez vite, vous avez la liste – ont été classés en partenaires institutionnels et partenaires associatifs.

Au titre des partenaires institutionnels : l'ARS, même si l'on peut regretter un manque criant de coordination, la CARSAT, l'Education nationale, les caisses d'allocations familiales, les collectivités locales, les PMI, les autres régimes d'assurance maladie, les autres CPAM, l'IREPS, les établissements de santé, les professionnels de santé, etc.

Les partenaires associatifs : AFD, la Ligue nationale contre le cancer, les associations pour le dépistage des cancers, le Secours populaire, tout ce qui relève de la prévention bucco-dentaire, les associations caritatives, les associations sportives, le comité départemental d'éducation pour la santé, etc.

Un point sur la rémunération sur objectifs de santé publique – ROSP –, la rémunération à la performance des médecins libéraux. Il s'agit de versements qui viennent en complément du paiement à l'acte. Assez peu de caisses ont répondu sur ce sujet. Excepté l'Artois, les caisses n'ont pas réussi à isoler ce qui relève de la prévention spécifiquement – dans la ROSP, il y a plusieurs volets.

Dans la caisse de l'Artois, on sait que 280 000 euros sont versés aux médecins uniquement pour la prévention. En moyenne, la ROSP, en général, prévention comprise, représente entre 3 500 et 4 000 euros de versement annuel par médecin généraliste ayant souscrit au dispositif, en complément de la rémunération à l'acte.

François VERNY

chargé de mission à la FNATH

On a entendu ce matin, qu'il y avait des difficultés de coordination dans les actions de prévention menées un peu partout en France. L'essentiel de la prévention est maintenant dévolu aux ARS qui élaborent pour se faire des projets régionaux de santé. Ces projets régionaux de santé sont déclinés dans un certain nombre de cas par des contrats locaux de santé qui instituent un partenariat entre l'ARS et les collectivités territoriales. Ce sont les signataires de ces contrats locaux de santé.

Peuvent s'adjoindre à ces signataires – les signataires étant les principaux financeurs – d'autres intervenants qui peuvent être l'Education nationale, les associations et les CPAM.

Le contrat local de santé est une émanation de la loi HPST qui date de 2009 et ces contrats locaux de santé se développent de façon irrégulière selon les régions ; il y en a beaucoup en Ile-de-France, d'autres en font moins.

Dans votre document, vous trouverez deux exemples. D'abord à Strasbourg, où l'ARS et la ville se sont associés à la préfecture, à l'Education



nationale et au régime local d'assurance maladie Alsace Moselle. Ensuite, à Morlaix, où l'on retrouve à peu près les mêmes partenaires sauf l'Education nationale.

Il ne me reste que deux minutes, je vous invite donc à vous reporter à votre document qui contient toutes les informations dont vous aurez besoin.

Je dirais simplement qu'ailleurs on fait autrement. Au Québec, on laisse la place à l'initiative locale et pour faire face à la pénurie de médecins, au délai d'obtention de rendez-vous médicaux, se sont créées depuis 1996 des coopératives de santé qui sont initiées souvent par des acteurs de municipalité, par des professionnels de santé, par des enseignants, etc. Et une fois qu'elles sont créées, ces structures agrègent des usagers du système de santé et dans un certain nombre de cas, ces coopératives de santé peuvent être assez importantes jusqu'à compter pour l'une d'elles 9 000 adhérents.

C'est le principe de la coopérative qui est connue en France. Ce sont des gens qui se mettent ensemble pour des objectifs, qui prennent des parts, et une démocratie participative se met en place.

Depuis 1996, une cinquantaine de ces coopératives ont été créées au Québec. Leur développement continue et un certain nombre d'interrogations concernant leur pérennité se posent. Entre autres : quel lien pourra s'instaurer entre ces coopératives qui répondent à des besoins locaux et le système de santé général institué au Québec par des structures étatiques ?

Deux actions remarquables en CPAM

Magali LEO

Nous souhaitons valoriser l'action de l'Assurance maladie en matière de prévention, ainsi après la restitution des résultats, nous avons voulu réaliser un focus sur l'action remarquable de deux caisses primaires d'assurance maladie. D'abord, sur celle des Flandres, avec Mme Cabot, directrice de la caisse. Cette caisse est très impliquée dans la prévention, elle a une action très territoriale avec une initiative liée à une problématique de santé.

Madame Philizot, vous êtes directrice de la gestion du risque et de la prévention à la CPAM de la Sarthe. Cette CPAM a été la première à développer « santé active », un programme de coaching qui a beaucoup évolué depuis, mais qui est aujourd'hui déployé dans une trentaine de caisses primaires.

PRÉSENTATION DES ACTIONS DE PRÉVENTION DE LA CPAM DES FLANDRES

Sandrine CABOT

Directrice de la CPAM des Flandres

La CPAM des Flandres a un programme local de santé publique qui est articulé autour de trois enjeux de prévention ; prévention primaire, avec des actions en faveur de l'hygiène de vie, prévention secondaire, avec toute une série de soutiens aux différentes actions de dépistage, et prévention tertiaire avec des actions d'aide à la gestion des maladies lorsqu'elles sont survenues.

L'action que je vous présenterai est une action de prévention primaire de lutte contre l'obésité chez les enfants.

En France, 15 % des adultes sont obèses. Dans le Nord-Pas-de-Calais, ils sont 25 %. Et sur la France entière, nous sommes sur une problématique de 3,5 % d'enfants en situation d'obésité et l'on verra que la situation en Flandres est très atypique par rapport à ce chiffre et justifie que la caisse s'implique sur cette thématique.

Cette action vise des enfants de 4 ans. La caisse a mené une action de ciblage en mixant trois critères : 1. La notoriété des villes en matière de dynamisme sur le champ de la prévention. 2. La priorité aux enfants des écoles situées en zone Eclair – ancienne zone ZEP. 3. La caisse est venue

agir sur le choix des zones où la caisse savait qu'elle aurait des partenaires relais susceptibles de prendre en charge les situations à problème détectées.

Un comité de pilotage a donc été monté. Les écoles qui avaient été ciblées nous ont ouvert leurs portes. Nous sommes allés recueillir le consentement des parents pour que leur enfant bénéficie de ce dépistage – et avons demandé le poids de l'enfant à la naissance, à 9 mois et à 24 mois. Ensuite, les diététiciennes se sont rendues dans les écoles pour procéder aux mesures de poids et de taille de l'enfant, et calculer l'indice de masse corporelle – IMC.

Lorsque l'enfant ne présentait aucun problème, les parents recevaient un courrier les informant. Pour les enfants en risque d'obésité, un courrier était envoyé au médecin traitant puis, huit jours après, aux parents, ce délai permettant au médecin de faire face à la famille si celle-ci l'appelait ou venait le voir dès réception du courrier. Une consultation d'une heure avec une diététicienne était proposée aux familles pour se faire expliquer la courbe de poids de leur enfant et également, s'ils en étaient d'accord, trois séances de suivi diététique assorties d'une inclusion dans un atelier d'exercice physique.

Pour les enfants obèses, la même proposition était faite, mais ils étaient orientés vers un réseau de patients de la circonscription, qui disposait des autorisations nécessaires au suivi thérapeutique de cette problématique.



On parlait tout à l'heure de la difficulté de l'évaluation des actions ; c'est une réalité. En l'espèce, on ne peut pas faire autrement que de s'en remettre à une mesure régulière de l'IMC de l'enfant. Tous les 6 mois, il est adressé un courrier et un accord est passé avec la PMI selon lequel les enfants qui ont bénéficié de ce dépistage doivent faire l'objet d'une attention particulière lors du bilan des 6 ans l'enfant, de façon qu'on ait un retour définitif des résultats de l'action. La prévention nécessite un investissement « temps », il faut parier sur le temps.

Pour l'année scolaire 2012-2013, 1 371 enfants ont été dépistés en Flandres, dont 26 % dépistés à risque d'obésité ou obèses ; c'est une proportion énorme.

La caisse des Flandres mène une autre action, « acti-Fruity », de promotion de la consommation des fruits. Une convention est signée avec les écoles et les mairies visant à proposer aux enfants de consommer des fruits pendant neuf semaines par an. Cette action était financée par l'ARS qui a eu la bonne idée de penser que les caisses primaires étaient autosuffisantes et a donc arrêté son financement. Heureusement, la CNAM a répondu présente et l'on a rapatrié une partie de ces financements sur le FNPEIS. On a cependant été contraint de réduire la voilure, mais pour que le tout garde une cohérence on propose prioritairement « acti-Fruity » aux zones géographiques où le dépistage a démontré que les taux d'obésité infantile y explosaient.

Je conclurais en vous disant que, même s'il s'agit d'actions locales, le résultat concret s'obtient sur le terrain. Ce n'est pas parce que ces actions sont faites par petits bouts qu'elles ne sont pas professionnelles.

PRÉSENTATION DU SERVICE « SANTÉ ACTIVE »

Armance PHILIZOT

Directrice de la gestion du risque et de la prévention de la CPAM de la Sarthe

La « santé active », c'est retarder ou limiter l'apparition des pathologies, d'une part, et, d'autre part, inciter chacun à se prendre en main de façon individuelle. Non pas qu'on aille contre l'idée de solidarité, bien au contraire, mais il s'agit aussi de responsabiliser chacun.

La démarche repose sur une idée majeure : agir sur les déterminants de la santé pour chacun. Comment ? En modifiant les comportements, c'est-à-dire les habitudes de vie et le recours aux soins. On s'appuie sur plusieurs idées forces :

placer l'assuré au cœur du dispositif de prévention, mais surtout le faire participer directement à la gestion de son propre capital santé. Nous cherchions à répondre aux préoccupations des assurés en matière d'accompagnement et de préservation de leur santé.



La « santé active » est une démarche qui a déjà 15 ans puisqu'elle s'est réellement développée à partir de 1998, en Sarthe.

Cette démarche répond aussi aux enjeux de ce qu'on appelle la gestion du risque. Elle complète les programmes de maîtrise des dépenses par des actions d'accompagnement des assurés. Il s'agit aussi d'aider les assurés à être acteurs de leur santé, notamment en renforçant quelques programmes de prévention et en menant des actions pédagogiques sur le coût du système de soins. On essaie aussi de faire passer des messages auprès des assurés pour qu'ils soient conscients de ce que représente une pathologie pour eux à titre individuel, mais aussi pour la collectivité.

De plus, la « santé active » s'inscrit dans le développement de ce qu'on appelle les services en santé. Ces services sont offerts à l'assuré pour l'accompagner tout au long de sa vie afin de l'aider à préserver son capital santé grâce à des actions de conseil, de coaching ou d'éducation à la santé.

Quels sont plus précisément les services « santé active » ? Ce sont des services qui s'adressent aux assurés que l'on qualifiera en bonne santé. Je vous présenterai succinctement le coaching, l'espace, le bilan nutrition active, la ligne nutrition active, son corollaire téléphonique, le délégué santé active et le club.

Le coaching « santé active » consiste en trois programmes d'accompagnement personnalisés. L'un a trait à la santé pour le cœur, le deuxième à la santé pour le dos et le troisième pour la nutrition active. Pourquoi ce thème ? Parce que la maladie cardio-vasculaire est la deuxième cause de mortalité en France, alors que l'on peut agir sur les déterminants. Le mal de dos touche une très grande majorité des Français. Et la nutrition, on sait à quel point il s'agit d'un déterminant fondamental et d'une préoccupation majeure de la plupart des Français.

Le coaching « santé active » consiste en un programme d'accompagnement régulier, professionnel et relativement individualisé. Des ateliers en groupe sont organisés, proposés à des personnes volontaires. Ces ateliers sont animés par des professionnels de santé ou par des intervenants qualifiés pour la matière présentée pendant l'exposé. Un suivi aura lieu, et en fin de programme un bilan sera réalisé.

En Sarthe, 1 400 à 1 900 places d'atelier sont pourvues chaque année.

Le coaching prend place dans ce que l'on appelle l'espace « santé active ». L'espace « santé active ». C'est une agence santé et prévention ouverte à tous, animée par des conseillers « santé active », agents de la CPAM.

L'espace « santé active » est un lieu d'information et d'échanges, un espace privilégié pour la tenue des ateliers de coaching « santé active » et un lieu d'animation sur des thèmes de santé publique.

Les personnels qui vous reçoivent sont formés à l'écoute et au conseil sur de nombreux thèmes de santé. Ce sont eux qui mènent les entretiens individuels préalables à l'entrée dans le programme de coaching. L'espace « santé active » joue aussi pleinement un rôle de communication et d'éducation en santé ; c'est aussi un espace documentaire – bibliothèque, cyber-espace, etc.

On y fait de nombreuses animations : conférences de presse, semaines à thèmes, relais des actions de prévention organisées par les partenaires.

Notre espace « santé active », c'est aussi pleinement la vitrine de la Santé Active et de l'Assurance maladie au cœur de la ville.

La fréquentation est importante, car si la Sarthe, ne compte qu'un peu plus d'un demi-million d'habitants, l'espace accueille 10 000 à 12 000 habitants chaque année.

Venons-en au bilan nutrition active que l'on propose gratuitement avec un professionnel de la nutrition. Un entretien individuel d'une heure avec une diététicienne est proposé aux adhérents du club « santé active », afin de faire le point sur les comportements face à l'alimentation et à l'hygiène de vie. Il existe la « ligne nutrition active » pour les personnes qui ne peuvent pas se déplacer.

Le club, quant à lui, réunit des assurés volontaires qui bénéficient de services particuliers : invitation à des conférences et animations ; réception trois fois par an d'une lettre d'information ; invitation à donner leur avis lorsqu'un programme par exemple ou une action est monté ; il leur est proposé d'être suivis dans leur consommation de soins et leur mode de recours aux soins.

En Sarthe, on compte 3 000 adhésions par an, mais même s'il y a un toujours un peu de renouvellement, ce sont souvent les mêmes d'une année sur l'autre. Une partie correspond à de nouveaux inscrits dans l'année, une autre à des personnes restant inscrites au club sur plusieurs années

Enfin, une mission particulière, celle du délégué « santé active ». Il s'agit d'un métier que la caisse primaire de la Sarthe a mis en place et qui est repris au plan national dans le cadre du déploiement de la « santé active ».

Le délégué se veut un acteur de la santé publique. Il a pour mission : de développer des actions de régulation et d'éducation en santé auprès des assurés et des partenaires locaux ; de présenter des diagnostics santé des territoires ; de rechercher des partenaires ; d'évaluer des actions menées.

Je conclurai sur le coaching « santé active » en ligne qui est en train d'être mis en place. Il s'agit d'un service d'accompagnement santé personnalisé à distance.

Le contenu va reprendre largement le coaching « santé active » en présentiel, avec bien sûr une adaptation en termes d'ergonomie, d'interface, mais en développant d'autres types d'exercices et de fiches techniques, pour permettre cet accompagnement en ligne en autonomie, pour que chacun puisse se connecter et prendre ce qui lui convient. Cela est en cours de développement.

Actuellement, une vingtaine de caisses sont rentrées dans la démarche « santé active », c'est important, car c'est un vrai investissement à la fois humain et de logique de prévention. Donc qu'un cinquième des caisses aient répondu aussi vite à l'appel est un signe très encourageant pour la prévention.



Magali LEO

Merci Mme Philizot, ce programme, très intéressant, doit être très coûteux. Mme Cabot me faisait remarquer que dans la CPAM des Flandres, vous ne l'aviez pas mis en place pour un problème de locaux et donc de coût.

ECHANGES AVEC LA SALLE

De la salle

Quelle est l'évaluation et quel est le profil socioprofessionnel ou social des 3 000 personnes adhérentes au club ?



Armance PHILIZOT

Pour ce qui est du profil social, je ne crois pas qu'on ait sérié par catégorie socioprofessionnelle. De mémoire, on retrouve une légère surreprésentation des professions tertiaires et une sous-représentation des ouvriers et des personnes en situation de précarité. Le vrai problème de représentativité des participants aux ateliers auquel nous sommes confrontés tient au fait que les femmes sont surreprésentées – 80 % de femmes et 20 % d'hommes. Autre souci : l'âge. En effet, la moyenne d'âge se situe entre 50 et 60 ans. Or, en prévention, plus on commence tôt, plus l'effet est fort ! C'est la raison pour laquelle, le coaching en ligne peut nous aider à sensibiliser les jeunes qui passent la majorité de leur temps accrochés à leur smartphone.

Quant à l'investissement, oui c'est un investissement, il est important. C'est un investissement essentiellement humain puisque les caisses qui participent le font à moyens constants, donc en dégageant du personnel sur leurs équipes déjà en place.

On ne peut pas dire que la « santé active » ait un coût important pour la collectivité, le budget FNPEIS qui est alloué à la « santé active », représente quelques dizaines de milliers d'euros en Sarthe, alors que l'on réalise énormément de choses. Cette année, par exemple, nous avons 80 000 euros pour tout faire. Et nous y arrivons.

François LEMAISTRE, Président du CISS Guadeloupe

Nous avons réellement l'impression d'être en retard quant à la prévention en Guadeloupe. Un enfant sur deux et un adulte sur trois sont obèses. En outre, on compte quatre AVC par jour.

Mais il est vrai que l'on mange très mal en Guadeloupe. Concernant l'hypertension artérielle, on est au-dessus des normes et pour le diabète,

on est à 7 points au-dessus que la moyenne nationale. Bref, on est fort en tout !

Ma première question s'adresse à Magali Léo : concernant le questionnaire, est-il parvenu jusqu'à nous, sachant que nous n'avons pas de CPAM ?

Magali LEO

Nous n'avons pas de représentant du CISS dans les caisses générales de sécurité sociale. Nous avons envoyé nos questionnaires aux représentants que nous connaissons, qui siègent dans les instances.

François LEMAISTRE, Président du CISS Guadeloupe

Mais moi je suis administrateur de la CGSS. C'est dommage, il aurait été sympathique que l'on ait ce questionnaire.

Par ailleurs, j'aimerais que Mme Philizot puisse nous donner son Power Point que j'aimerais pouvoir présenter à la sécurité sociale en Guadeloupe.

Armance PHILIZOT

Le coût pour la caisse, c'est le personnel. L'équipe est quand même assez importante. En Sarthe, l'équipe l'est d'autant plus que cela fait longtemps qu'on l'a mise en place. Mais une équipe qui démarre, comprend 3-4 personnes.

Mais je peux vous envoyer le Power Point, il n'y a pas de problème.

Jean-Baptiste DELCOURT, Chargé de l'animation du réseau Prévention promotion de la santé à la Mutualité française

La Mutualité française a développé, en partenariat avec l'UNSS, un programme à peu près similaire, en tout cas qui veut l'axer sur les déterminants de santé et sur la prévention de l'obésité chez les jeunes enfants, qui s'intitule « Bouge... une priorité pour ta santé ».

Ma première question concerne l'Education nationale. Alors que l'on parle de prévention et de promotion de la santé chez les enfants, il existe une vraie difficulté à ouvrir les portes de l'Education nationale, en termes d'action. Comment avez-vous été perçu ? Comment avez-vous fait ?

Ma seconde question concerne les diagnostics que vous réalisez au niveau local. Ces diagnostics sont-ils réservés à l'Assurance maladie ou pouvez-vous en faire bénéficier d'autres acteurs locaux, notamment, pour faciliter la coordination et l'homogénéité en termes d'action ?

Sandrine CABOT

Je précise quand même que la Mutualité française est membre de l'association qui porte l'action de lutte contre l'obésité infantile.

S'agissant de l'Education nationale, nous avons une démarche en deux temps. Dans un premier temps, c'est l'inspecteur d'académie qui a été démarché et convaincu. Il a donc produit une circulaire enjoignant chacun de ses représentants territoriaux de bien vouloir relayer l'action auprès du corps enseignant. Pour les endroits où cela n'a pas été fait, nous sommes revenus vers lui, en spécifiant les territoires scolaires sur lesquels nous avons des soucis. Parallèlement à cela, nous avons démarché de façon exhaustive tous les directeurs d'école concernés et chaque fois nous y sommes allés avec un kit pédagogique de base en essayant de lui montrer quels pouvaient être les bénéficiaires de l'action. Globalement ces démarches ont suffi à déverrouiller l'ensemble du territoire.

Une zone a joué les vilains Gaulois, mais il s'est trouvé que les territoires limitrophes de la zone étaient ceux dans lesquels nous avons les résultats les plus catastrophiques en termes de détection. Nous y sommes donc retournés avec cette information et au final les portes se sont ouvertes.

Armance PHILIZOT

Nous travaillons avec la MSA en local, et nous avons tout intérêt pour les diagnostics santé à obtenir les données concernant les adhérents du régime agricole parce que cela permet d'avoir une vue plus exacte de la population. C'est ce que l'on essaie de faire pour les diagnostics santé qui sont des travaux vraiment statistiques où l'on rassemble les données de santé d'un territoire. Evidemment, si l'on a des partenaires en interrégime qui sont prêts à communiquer leur base de façon complètement « anonymisée », on la croise avec la nôtre, et on leur diffuse ensuite le diagnostic.

Céline MAURY, Formatrice pour les bénévoles de l'UNAF

Ma question qui concerne les partenariats s'adresse à Mme Philizot.

Vous dites que vous avez des difficultés à accéder aux personnes en situation de chômage et que vous vous heurtez à une problématique d'âge. Avez-vous envisagé des partenariats avec Pôle emploi et des mutuelles étudiantes ?

Armance PHILIZOT

Avec les mutuelles étudiantes, nous n'avons pas eu de partenariat récemment. Nous travaillons depuis plusieurs années avec les ateliers d'insertion, ainsi qu'avec les associations qui œuvrent depuis longtemps dans les quartiers les plus défavorisés. En revanche, je suis désolée, mais je ne suis pas sûre que l'on ait eu de travail en commun avec Pôle emploi.

Nous passons aussi par nos interlocuteurs institutionnels et partenaires que sont les agents du service social de la CARSAT, qui eux, du coup, voient aussi des personnes qui sont en arrêt de travail et en réinsertion professionnelle et dont l'état de santé est généralement plus ou moins précarisé.

Mme Keters rappelait le fait que les centres d'exams de santé voient en majorité des publics précaires, on en profite donc pour que les consultants des CES soient orientés vers la « santé active ».

Malheureusement, quels que soient nos efforts, désinsertion sociale et désintérêt pour sa propre santé sont souvent très liés.

Je vais me renseigner pour savoir si nous avons déjà tenté un rapprochement avec Pôle emploi et je vous remercie pour l'idée.

Marie PITRE, CPAM 79

Mme Cabot j'aimerais savoir si, lorsque les enfants ont été dépistés obèses, il existe un suivi au niveau des parents ? Par ailleurs, y a-t-il une éducation diététique ?

Sandrine CABOT

Non, il n'y a pas de suivi spécifique des parents, en revanche, les 4 consultations se font en compagnie des parents. Concrètement, au cours de ces entretiens, on aborde vraiment les habitudes alimentaires de l'enfant, avec les pratiques culinaires de la famille. En principe, si cela marche, l'enfant est sensibilisé à ce qu'il devrait pouvoir manger et la mère est aussi sensibilisée à la manière dont elle devrait pouvoir faire évoluer ses habitudes.

Marie PITRE

Il n'y a pas d'atelier spécifique ?

Sandrine CABOT

Non.

Je complète ma réponse, car je vous ai parlé des enfants dépistés obèses, pas à risque d'obésité. Les dépistés obèses sont orientés vers un réseau de soins de prise en charge, et là il y a des ateliers, y compris de cuisine.

Patrick CHARPENTIER, Président du CISS Limousin

J'aimerais bien, Mme Keters, partager votre optimisme sur le rôle du médecin traitant. Je ne remets pas en question le fait qu'il a été très longtemps l'acteur pivot dont vous parliez sur la dimension pour l'information et la prévention primaire et secondaire.

Dans le Limousin, nous sommes très inquiets. J'ai rencontré tous les conseils de l'ordre et leurs présidents, qui sont des médecins à l'ancienne et ils m'ont tous dit : « Patrick Charpentier, le médecin que je suis n'existera plus, et n'existe déjà plus aujourd'hui ».

Je ne remets pas en question la dimension de la référence médicale sur des solutions qui pourraient intervenir demain, telles que les maisons pluridisciplinaires ou les cabinets pluri-professionnels, mais sur la dimension de prévention primaire, il va absolument falloir impliquer tous les acteurs de l'accompagnement de proximité. Sans remettre aucunement en cause leurs compétences, ils ne seront plus autant dans la proximité qu'auparavant. Il nous faut donc, autour d'eux, agir dans les matières médicales, paramédicales et médicosociales sur des leviers reposant sur des acteurs potentiels de prévention primaire et secondaire.

Ma seconde observation sera plus positive, Mme Cabot. Dans l'initiative que vous nous avez présentée, ce qui apparaît comme étant des indicateurs fondamentaux, gages de réussite, ce sont toutes les précautions d'usage sur la nature du projet, mais ce sont aussi tous les acteurs qui acceptent de s'impliquer dans le sens du projet pour le dérouler ensuite. Et ces actions, qui sont assez souvent saupoudrées et perdent en efficacité, finissent par prendre plus de sens et d'opérationnalité grâce à ces acteurs concernés, qui, en effet, peuvent en réduire le coût par la complémentarité de leurs compétences, même si l'on sait très bien que, demain, il faudra rajouter des moyens financiers.

Je me félicite de la façon dont vous abordez le sujet, notamment pour la dimension préventive. Au national, prenez en compte toutes ces initiatives porteuses de réussite et récupérez des financements de la CNAM et soyez plus directive afin de pouvoir imposer à court, moyen et long termes une politique de santé au bénéfice d'une population qui restera également innovante avec les acteurs de terrain.

Marie-Christine KETERS

Bien sûr, la pratique des médecins a évolué, mais on ne peut qu'essayer de faire en sorte que le médecin traitant soit un acteur essentiel. L'important, c'est d'avoir une complémentarité des messages, des rôles.

Notre rôle, au niveau de l'Assurance maladie, c'est d'essayer de jouer sur les leviers pour que ce médecin soit un acteur de la prévention.

Je suis peut-être optimiste, mais les évolutions des modalités d'exercice seront peut-être en mesure de faciliter un peu plus les choses.

Mais c'est vrai, si l'on considère qu'il est un acteur central et que la CNAM essaie de faire en sorte qu'il soit le plus impliqué possible dans ce genre de prévention, tous les acteurs doivent porter le même message.

S'agissant des modèles que peuvent apporter certaines actions locales, je suis tout à fait d'accord avec vous. Un certain nombre d'actions sont effectivement repérées, dans le cadre de l'approche méthodologique ou du champ de l'action, puisque au fond, on considère, nous, à la CNAM, que les caisses sont là pour déployer des actions et compléter les actions nationales en prenant en compte les particularités locales, mais également comme un foyer d'innovation.

Ce que Mme Cabot a présenté comme une approche méthodologique d'une action locale avec les facteurs de réussite et les qualités de construction d'une action locale est extrêmement intéressant. Depuis quelques années, on essaie d'être un peu plus directif, d'abord sur les priorités afin d'éviter les dispersions, ensuite sur les éléments que doivent comporter les actions locales pour construire et pour évaluer.

Sandrine CABOT

Je n'ai peut-être pas été assez claire sur ce point, mais les actions que je vous ai présentées sont financées par le FNPEIS et nous avons eu l'appui de la CNAM pour le montage du dossier. Nous n'avons absolument pas joué le local contre le national !

Par ailleurs, je voudrais aussi revenir aux limites du médecin traitant. Nous parlions des outils conventionnels ; or des approches sont faites dans ce sens, je pense notamment à la convention avec les pharmaciens. Sur la bonne gestion des maladies, il y a une implication croissante du médecin et notamment sur le suivi du patient. Quant à la bonne observance des traitements, qui est très importante pour obtenir une stabilisation dans le temps. L'Assurance maladie fait le nécessaire pour que le pharmacien puisse y jouer tout son rôle.

Magali LEO

Mesdames et messieurs, je vous remercie pour cette matinée.

Pause déjeuner

Agir en synergie pour mieux prévenir les risques en santé



Gérard RAYMOND

Secrétaire général de la fédération française des diabétiques, représentant du CISS à la CNAM

Après avoir étudié l'importance de la logique de prévention de l'assurance obligatoire, il reste à définir la notion de prévention. Pour l'OMS, il s'agit de « l'ensemble des mesures visant à éviter l'apparition, le développement ou les complications de la maladie ». Différencions les préventions : primaire, elle agit sur les causes ; secondaire, elle concerne l'accompagnement thérapeutique ; tertiaire, elle vise à diminuer récurrences et complications. Le suivi hôpital/ville et le programme d'accompagnement du retour à domicile sont des axes forts de la prévention primaire.

Considérons la prévention non médicalisée qui englobe tous les déterminants de la santé – éducation, logement, travail, transport, alimentation – comme étant l'éducation à la santé. Il ne saurait donc y avoir de segmentation entre la prévention et le système de soins ; la modification des valeurs et des postures permettront la complémentarité des démarches préventives et curatives.

Promouvoir la santé et informer sont des actions nécessaires pour permettre des choix éclairés, autonomes et responsables. Les programmes de prévention réunissent un ensemble d'interventions visant de très nombreux facteurs et acteurs. Enseignants, travailleurs sociaux, usagers, élus, syndicalistes, chefs d'entreprise ont un rôle à jouer dans la prévention primaire. L'objectif

est d'intervenir en amont pour infléchir les trajectoires des plus fragiles. Elle impose un glissement des valeurs de l'égalité vers l'équité. La prévention concerne des publics indemnes de la maladie, non-demandeurs, rendant l'action plus complexe. Cherchons à réduire les impacts par la sensibilisation, voire par le dépistage.

Linda CAMBON

directrice de la santé publique, ARS de Picardie

L'Agence régionale de santé est organisée en trois secteurs – prévention, organisation des soins, médico-social – et agit à partir de trois leviers : stratégique, financier et un levier « aiguillon » des autres opérateurs de l'Etat.

Le levier stratégique est fondé sur le projet régional de santé qui détermine sur cinq ans la politique de santé en région en articulation avec les autres opérateurs régionaux et le niveau national. Ce projet contient un schéma régional de prévention qui fixe des priorités thématiques, populationnelles ou organisationnelles qui s'articulent selon le volet « sécurité sanitaire » et le volet « prévention » primaire, secondaire, voire tertiaire.

La sécurité sanitaire, qui est très normée, vise à protéger la population d'événements environnementaux – contamination ou effets des aménagements du territoire. A ce titre, nous suivons les études d'impact en termes de risque et de qualité de vie ; la veille et la gestion des alertes sanitaires des maladies à déclaration obligatoire ; et la lutte contre les épidémies.

En matière de prévention, nous définissons nos priorités et les moyens alloués. En Picardie, l'ARS a décidé d'articuler des priorités organisationnelles et thématiques : la nutrition, les grossesses précoces, les addictions, la prévention des suicides, le cancer, l'accès aux soins et la prévention pour les plus démunis. Nous bénéficions d'un large panel d'outils pour développer des actions de prévention : des appels à projets, des conventions de partenariat, des contrats pluriannuels avec les hôpitaux.

L'ARS doit autoriser et peut financer les programmes d'éducation thérapeutique du patient au regard de la loi et des règlements. En Picardie, nous comptons soixante programmes et huit pôles de ressources en matière d'éducation thérapeutique du patient. L'ensemble de cette politique se fait en concertation avec les opérateurs, dont l'Assurance maladie, avec laquelle nous travaillons en étroite collaboration sur la promotion des dépistages des cancers et le soutien des centres de gestion que nous finançons et gérons à parité. L'ARS ne décide pas seule, mais avec l'Assurance maladie. Il en va de même pour le développement du programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis.

Les objectifs et critères de sélection des appels à projets sont concertés avec l'Assurance maladie. Les commissions de sélection sont elles aussi partagées. En Picardie, nous sommes en consonance avec les orientations de l'Assurance maladie.

Notre deuxième levier est financier. L'enveloppe pour la prévention primaire est abondée par la Direction générale de la santé et le FNPEIS à hauteur de 11 millions d'euros, dont 4 millions en faveur de la promotion thérapeutique du patient et 7 millions pour la prévention primaire et le dépistage organisé.



La minceur de ces crédits nous oblige à travailler avec les partenaires et à fixer des critères de sélection stricts. Nous essayons de privilégier la compétence, la mutualisation des opérateurs et des leviers d'action reconnus pour leur efficacité.

Le troisième levier de la politique de prévention est son rôle d'aiguillon. La prévention est toujours mise à mal par des restrictions budgétaires et le questionnement permanent de nos politiques de santé.

En Picardie, nous avons retenu trois axes de travail. D'abord, la territorialisation des actions de santé, car l'éducation se pratique au plus près du terrain et dépend du contexte local. Ensuite, nous orientons notre soutien aux acteurs en engageant des actions probantes aux effets référencés ou des actions innovantes évaluées. Enfin, nous souhaitons mener une stratégie de résorption des inégalités sociales de santé, qui suppose la mobilisation de l'ensemble des politiques : de santé, mais aussi d'habitat, d'éducation ou de transport, qu'elles soient le fait des collectivités locales ou des CAF. Pour travailler en ce sens, nous bénéficions d'un outil législatif : la Commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention, laquelle rassemble l'ensemble des administrations de l'Etat, mais également l'Assurance maladie et les collectivités territoriales. Nous avons choisi de solliciter la CCPPP de la Région pour qu'elle questionne l'ensemble des politiques publiques susceptibles d'avoir un impact sur les inégalités sociales de santé. En partageant ce souci, nous élaborerons une stratégie de lutte contre les inégalités de santé.

Pierrick CHAUSSEE

Chargé de la prévention à la CARSAT d'Aquitaine

La Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail a deux objets : assurer la retraite et protéger la santé des salariés en situation de travail. C'est un organisme de sécurité sociale, c'est-à-dire un organisme privé chargé d'une mission de service public. La CARSAT relève de la CNAV et de la CNAMTS ; elle exerce trois métiers : préparer et payer la retraite par répartition ; accompagner les assurés sociaux fragilisés par un problème de santé ou de perte d'autonomie ; prévenir les risques professionnels, assurer la santé et la sécurité au travail.

Les CARSAT sont les opérateurs régionaux de l'assureur des maladies et risques professionnels. Leur politique étant une gestion du risque, des actions sont ciblées sur des données de sinistralité (CMR – TMS – Chutes – Risque Routier, intérim...). Les CARSAT appliquent des dispositifs de type

bonus-malus sur la tarification accidents du travail que nous imposons aux entreprises. Nous sommes un assureur solidaire en ce que nous ne procédons pas à des exclusions et que notre gestion est paritaire. Les CARSAT développent localement des synergies dans le cadre de la COG/CPG dont nous sommes signataires, par des liens avec les programmes régionaux de santé au travail et des programmes régionaux santé environnement, avec les DIRECCTE, notamment dans le cadre de la réforme de la santé au travail, et avec l'ARS.



A destination des entreprises, nous avons développé des dispositifs de sensibilisation à la santé au travail. Nous sommes présents dans les entreprises au titre de la formation, au titre de conseil auprès des instances représentatives et nous tarifons les risques professionnels (détermination des taux de cotisation appliqués aux entreprises pour couvrir le risque AT/MP).

Nous développons des synergies avec d'autres branches de la Sécurité sociale.

Avec la branche maladie, le programme est national et concerne la désinsertion professionnelle, un travailleur social approchant mensuellement tous les salariés qui sont en arrêt depuis plus de 90 jours.

Avec la branche vieillesse, nous développons le maintien dans l'emploi des seniors. En Aquitaine, nous travaillons sur le thème de l'aide à domicile des salariés âgés ayant eu une carrière professionnelle hachée et nous les aidons à atteindre l'âge légal de la retraite.

Nous développons des synergies avec d'autres régimes, dont la MSA ; nous mettons à sa disposition notre laboratoire de chimie pour travailler sur certains désinfectants des accouvoirs ou sur des produits phytosanitaires.

Nous travaillons avec le régime social des indépendants pour toucher le milieu des PME-TPE et avec la CNRACL sur des problématiques identiques aux nôtres et à propos des contrats passés par les donneurs d'ordres publics pour intégrer la norme RSE.

Enfin, nous nouons un partenariat avec le monde de la santé et du handicap. En Aquitaine, nous collaborons avec la Ligue contre le cancer à propos de la désinsertion professionnelle. Nous travaillons aussi sur les maladies chroniques évolutives et sur les problématiques du maintien dans l'emploi que nous abordons par pathologie. Le service social de l'Assurance maladie œuvre au repérage et à l'élaboration d'éléments de langage pour sensibiliser le malade ou son entourage à l'anticipation des effets de la maladie.

Les CARSAT ont également la possibilité d'apporter des soutiens financiers.

Enfin, nous sommes impliqués dans les travaux du PRITH.

André CICOLLELA

*chercheur en santé environnementale,
Président du Réseau Environnement
Santé*

J'ai écrit « Toxique Planète. Le scandale invisible des maladies chroniques » pour montrer que nous sommes en situation de crise sanitaire

A l'occasion de la parution du livre, j'ai réalisé un dossier pour Le Nouvel Observateur en me fondant sur les données de l'Assurance maladie du régime général (89 % de la population) en mettant



l'accent plus particulièrement sur les AVC, le diabète et le cancer et en ayant une approche régionale. Cette approche permet de montrer que les explications classiques de l'augmentation des maladies chroniques, comme le vieillissement et le dépistage ne sont pas recevables.

Sur la période 2003-2011, la population de plus de 60 ans est passée de 21,1 % à 23,1 %, soit une croissance de moins de 10 %. Dès lors, comment expliquer une progression des AVC de 312 % en Guyane, de 91 % en Alsace mais de 18 % en Corse en l'espace de huit ans ? Le diagnostic de l'AVC, quant à lui, n'a pas changé au cours de la même période.

Le diabète progresse de 119 % en Guyane et de 72 % en Basse-Normandie. À l'autre extrémité, notons une augmentation de 15 % en Guadeloupe où le niveau était pourtant déjà très élevé. Pour la France entière, la progression atteint 52 %, sans commune mesure donc avec le vieillissement de la population de 9 %.

Pour le cancer, la progression moyenne en France est de 23,5 %. La Guyane enregistre une hausse de 87 %, la Martinique de 49 %, la Corse de 41 %, le Languedoc-Roussillon de 39 % et à l'autre extrémité du classement la Bretagne enregistre une progression de 11 %.

Un autre élément important porte sur l'évolution par tranche d'âge. Entre 2003 et 2010, on note un doublement des maladies cardio-vasculaires et du diabète pour la population des 60-64 ans. Les effectifs de cette tranche d'âge n'ont pas doublé. Autre étonnement, les progressions pour les tranches d'âge plus élevées ne sont pas de même ampleur. Serait-ce la traduction d'un effet papy-boom en écho au baby-boom de l'après-guerre ? Cette génération serait la plus impactée en raison de son imprégnation in utero.

Le surcoût sur une période de quinze ans des ALD et des maladies chroniques non ALD peut être estimé à un total de 378 milliards d'euros sur 14 ans. Une autre façon de présenter les choses aboutit à un surcoût de dépenses en 2012 de 63 milliards d'euros par rapport à celles de 1994. Grapiller quelques centaines de millions d'euros ici ou là pour combler le trou de la Sécurité sociale n'a pas de sens. Il serait plus efficace de s'attaquer aux causes des maladies. Il faut donc une véritable politique de prévention qui ne soit plus marginale, mais centrale. Elle suppose une juste appréciation des facteurs de risques et des diagnostics précis. Elle nécessite de tordre le cou à cette idée selon laquelle nous n'aurions jamais été en aussi bonne santé puisque l'espérance de vie progresse. L'explication de cette progression vient des changements majeurs d'environnement de l'après-guerre : la nourriture ultra-transformée supprimant les micro-nutriments et contaminée par les pesticides, la contamination chimique généralisée et la sédentarité. Les facteurs

classique tabac alcool sont à prendre en considération, mais sont en décroissance et ne peuvent donc expliquer la croissance fulgurante que nous connaissons.

La transformation de notre environnement chimique est liée à des perturbateurs endocriniens comme le bisphénol qui provoque les grandes maladies chroniques : cancer du sein, de la prostate, diabète, obésité, troubles de la reproduction. Cette substance imprègne 95 % de la population avec un mode d'action particulier : ce n'est plus la dose qui fait le poison, c'est la période, modifiant le regard sur une politique de santé publique. La population à protéger en priorité est donc celle des femmes en âge de procréer dans la mesure où l'exposition pendant la grossesse induit des maladies de l'enfant et de l'adulte sur plusieurs générations. Les études sur le bisphénol sont nombreuses et convergentes : plus les personnes sont imprégnées de bisphénol, plus le taux d'obésité, de diabète, d'hypertension, d'artériopathie, de syndromes métaboliques, etc., est élevé.

La politique de prévention doit changer de paradigme. Il faut faire en sorte que la stratégie nationale de santé parte de la crise sanitaire pour définir une politique nationale de santé plus structurée.

Jean-Baptiste DELCOURT

*chargé de l'animation du réseau
Prévention promotion de la santé à la
Mutualité française*

La promotion de la santé est l'axe sur lequel se situe la Mutualité française depuis la Charte d'Ottawa de 1983 qui a défini le concept en recourant aux notions d'habitudes de vie ou de comportements. La prévention est conçue comme normative, la promotion de la santé est davantage positive. Pour avoir participé à des groupes de travail ministériels, notamment sur l'activité physique des seniors, je sais que les mutuelles sont attendues. Mais l'enjeu pour nous est la défense de l'accès aux soins et l'égalité sociale de santé. Or, on constate parfois un effet paradoxal : les opérations de promotion de santé creusent les inégalités sociales de santé. En effet, ce sont toujours les mêmes populations qui répondent à nos actions que nous cherchons pourtant à cibler.

L'enjeu se pose aussi en termes de positionnement global : la Mutualité souhaite devenir acteur de santé et non pas simple payeur, la prévention nous servant « d'élément différenciateur » par rapport au monde assurantiel. Nous sommes sur un marché et la prévention de santé est bien un atout pour ce



marché. Le mouvement mutualiste défend certaines valeurs pour éviter que des mutuelles ne glissent de la prévention vers le marketing. Certes, on peut faire de la prévention et de la communication ; néanmoins, il faut respecter des principes de qualité.

Nos mutuelles adhérentes alimentent un fonds national de prévention à hauteur de 4,5 millions d'euros, redistribués aux échelons régionaux. Nos interlocuteurs privilégiés sont les ARS, les CARSAT et l'Assurance maladie.

Notre philosophie est de procéder en synergie, car un millefeuille ajouterait toujours plus de prévention et d'actions sans se préoccuper de l'accès des populations à ces interventions. Notre réseau est composé de 150 professionnels, nous fonctionnons par des conventions triennales d'objectifs et de moyens avec nos unions

régionales afin de nous adosser à l'action des ARS pour offrir à nos adhérents une visibilité des actions, créer des parcours en prévention et de promotion de la santé en sensibilisant les gens pour les conduire ensuite vers la prévention secondaire.

L'enjeu est fort car il s'agit aussi de réduire les coûts pour les mutuelles. Nous y travaillons et justifions ce travail par l'évaluation de nos actions, nos partenaires exigeant que nous prouvions l'efficacité et l'impact de nos actions.

Nous fonctionnons aussi à partir de trois axes stratégiques qui sont larges afin de concilier les logiques des mutuelles adhérentes : le maintien de l'autonomie ; la lutte contre les maladies chroniques ; la santé et l'environnement.

Médecine prédictive : faut-il craindre ou espérer les avancées d'une technologie qui frappe à nos portes ?

**Laurent
ALEXANDRE**

fondateur de Doctissimo.fr, auteur en 2011 d'un essai intitulé La mort de la mort, Président de DNA Vision

D'ici à 2020, nous connaissons une phase de rupture en matière d'organisation du système de santé en raison de l'arrivée de nouvelles technologies destructives, qui modifient les règles du jeu dans l'univers de la santé.

Le sous-ensemble des technologies génomiques connaîtra une tempête éthique notamment grâce au séquençage ADN des adultes et des fœtus, aujourd'hui opérationnel et qui pose la problématique de l'eugénisme.

Cette révolution de la génomique est en premier lieu une révolution de l'informatique. Le séquençage d'un cancéreux représente 10 000 milliards d'informations en données brutes. Les quantités d'informations que le monde de la santé et les patients devront digérer pour traiter les malades dans les années qui viennent exploseront. C'est pourquoi des systèmes experts seront indispensables à leur traitement. Les acteurs de santé n'y sont pas préparés, ce qui induit des conséquences dans l'organisation de la prise en charge des maladies.

L'entrée de Google dans le monde de la santé illustre bien cette rupture. Si ce moteur de recherche investit des milliards, c'est qu'il se passe quelque chose dans notre « bac à sable médical ». Google s'est fixé comme objectif d'augmenter de vingt ans l'espérance de vie d'ici à 2035. Nous passons d'une organisation du système de santé artisanal à un système de santé industriel avec des acteurs majeurs, comme Google, dont la valeur en bourse est de 350 milliards de dollars. Google dispose de moyens illimités et son entrée dans la lutte contre la maladie marque le développement des technologies NBIC et l'industrialisation du monde de la santé.

Les technologies NBIC sont l'association des nanotechnologies qui agissent sur la matière à l'échelle du milliardième de mètre, des biotechnologies qui permettent d'agir sur la nature biologique, l'informatique et les sciences

cognitives, l'intelligence artificielle, les sciences du cerveau.

Dans le monde de la santé, ces quatre technologies révolutionnent la prise en charge. A la frontière entre les sciences cognitives et l'informatique, on trouve le traitement des maladies du cerveau, les implants cérébraux, l'intelligence artificielle. Les biotechnologies informatiques touchent à l'ADN. Quant aux nanotechnologies et aux



biotechnologies, elles vont nous permettre de manipuler la matière et notre nature biologique, cellule par cellule, et de poser des implants de quelques milliardièmes de mètre.

Contrairement aux révolutions qu'a connues le monde entre 1890 et 1910 – l'aéronautique, l'automobile, l'électricité... – qui ne concernaient pas la nature biologique de l'homme et qui étaient contrôlées par l'Europe et les Etats-Unis, les technologies NBIC agissent directement sur notre nature biologique. Point négatif, ces technologies sont contrôlées, à quelques exceptions près, par les pays de la zone pacifique : Asie-Pacifique et Etats-Unis.

Ces technologies multiplieront par un million la quantité d'informations d'un dossier médical au cours des dix prochaines années et supposent l'industrialisation du système de santé. Ces technologies auront des conséquences dans huit domaines.

Elles croissent de façon exponentielle. Les technologies de séquençage ADN en sont le meilleur exemple. Le coût du séquençage ADN a été divisé par 3 millions en dix ans. En raison du caractère explosif de ces technologies, l'imprévisibilité est grande. Personne n'avait prévu la démocratisation du séquençage ADN.

Cette technologie répartit la valeur ajoutée médicale de façon tout à fait nouvelle. Le data mining, le traitement des données devient plus important que le stéthoscope avec pour conséquence la redistribution du pouvoir médical. Sans un fort développement d'expertise

informatique, génomique et technologique dans le monde de la santé, le risque est immense d'une marginalisation des acteurs par des personnes qui maîtrisent de gros volumes de données. Mais il est d'autres conséquences plus politiques et philosophiques : les NBIC permettront dans les décennies qui viennent de modifier notre nature biologique et génétique, de modifier le corps humain et notre ADN. Or, on ne peut laisser chaque individu libre de modifier son ADN, car les conséquences auraient des répercussions à l'échelle de la collectivité humaine.

Enfin, ces technologies pourraient devenir des instruments de puissance et un enjeu géopolitique. C'est d'ailleurs la première fois que la médecine pourrait devenir un enjeu de géopolitique. Telle est l'ambition de la Chine qui vient de lancer un grand programme de séquençage de l'ADN des surdoués avec pour objectif de retrouver dans le monde entier les variantes génétiques guidant l'intelligence et d'ici à 2050 d'augmenter le quotient intellectuel de la population chinoise. Si nos pays continuaient à penser que ce type de programme est inhumain, nous pourrions nous trouver en difficulté face à des pays ayant une autre idéologie.

Les années 2000 à 2040 sont caractérisées par trois grandes vagues technologiques issues du NBIC.

La première est l'hybridation de notre corps avec des composants électroniques. A partir des années 1990, on a introduit des implants dans le crâne des enfants sourds ; en 2008, des implants chez les parkinsoniens ou chez les personnes



souffrant de troubles obsessionnels graves ; en 2012, dans la rétine. L'enjeu est d'autant plus fort que l'on sait qu'un homme sur trois perdra la vue en raison d'une dégénérescence maculaire. Nous assisterons au développement de la robotique chirurgicale. D'ailleurs, nombreux sont ceux qui pensent qu'en 2030 plus aucun malade ne sera opéré par les chirurgiens, qui deviendront des spécialistes de biomécanique et d'informatique.

La deuxième vague technologique porte sur « l'ingénierie du vivant », autrement dit toutes les technologies qui permettent de modifier notre fonctionnement biologique.

Le premier niveau est l'ingénierie génétique de modification de l'ADN afin de reprogrammer les cellules ; le deuxième niveau est l'ingénierie cellulaire, avec le renouvellement du tissu à partir des cellules souches ; le troisième est l'ingénierie tissulaire visant à fabriquer des organes entiers en utilisant des matrices en polymères colonisées par des cellules souches.

Plusieurs technologies, qui seront banalisées dès 2025, permettront à des enzymes de couper l'ADN à un endroit donné et de modifier la séquence de l'ADN. Ces technologies seront fondamentales dans la lutte contre la myopathie ou le cancer. Bien sûr, des interrogations éthiques se poseront, mais le milieu médical aura grand intérêt à utiliser ce type de technologies dans les maladies graves.

La troisième vague est la nanomédecine qui permet d'agir sur la matière afin d'introduire des implants à l'échelle de la cellule.

Comment ces différentes technologies s'inscrivent-elles dans le temps ?

On peut dire que le séquençage ADN est d'ores et déjà à l'œuvre. Après un premier séquençage il y a dix ans, un million de personnes sur terre ont fait l'objet d'un séquençage à ce jour.

2020 marquera la démocratisation des cellules souches et des thérapies géniques.

Enfin, la nanomédecine sera à l'œuvre en 2025-2030.

La technologie du séquençage ADN n'a pas été anticipée : d'une part, elle est longtemps restée en laboratoire et le public n'en a donc pas eu connaissance très tôt. Par ailleurs, le corps médical et les scientifiques ont été atteints de myopie. En 1970, Jacques Monod, fondateur de la biologie moléculaire et prix Nobel de médecine, écrivait qu'il était impossible à tout jamais de modifier l'ADN. Cinq ans plus tard, en 1975, on commençait les premières modifications génétiques de la bactérie. De même, en 1990, la totalité des généticiens affirmaient qu'il était impossible à tout jamais de séquencer l'ADN humain. En 2003, la technique fut appliquée pour la première fois et tout le monde sera séquencé dans les dix années qui viennent pour un coût équivalent à celui d'un bilan de cholestérol.

Qu'il s'agisse de la loi de Moore sur les technologies informatiques ou des lois qui régissent les technologies NBIC, elles sont explosives, et leur puissance croît plus rapidement que les prévisions.

Le pivot de toutes les technologies biomédicales repose sur l'explosion des capacités informatiques. En 1950, le premier serveur réalisait 1 000 opérations par seconde ; en 1964, il en réalisait 1 million ; en 1986, 1 milliard ; en 2007, 1 million de milliards. La plus grosse machine réalise 33 millions de milliards d'opérations par seconde.

Le séquençage de l'ADN nécessite une puissance informatique de 1 000 milliards d'opérations par seconde. En 1997, il fallait 9 298 machines pour y parvenir, aujourd'hui, cela tient dans une seule puce informatique Knights corner de quelques grammes. Nous sommes au tout début des effets de la révolution NBIC.

Le séquenceur ADN de nouvelle génération est le premier objet NBIC palpable pour le grand public. Il séquence 50 milliards de base ADN à l'heure et avec un seul technicien.



En 2007, on a séquencé deux personnes ; en 2009, cent ; aujourd'hui, nous avons dépassé le million parallèlement à un effondrement des coûts. Le coût du séquençage a été divisé par 3 en dix ans : il est passé de 3 milliards de dollars pour une personne à 1 000 dollars et tombera prochainement à 100 dollars.

Les technologies génétiques permettront de comprendre les maladies et ensuite de mieux les traiter. Pour certaines maladies comme la myopathie ou la trisomie 21, le déterminisme génétique est total. Bien sûr, certaines maladies sont la conséquence de l'influence de l'environnement, le déterminisme génétique n'étant pas total. Nous pouvons, par un environnement adapté, par des traitements préventifs, par une modification de notre mode de vie modifier les risques génétiques dont nous sommes porteurs. Le cancer est à 100 % une maladie de l'ADN. Dans 15 à 20 %, l'affection est héréditaire et la mutation est là depuis la naissance. Mais dans 85 % des cas, on a acquis la maladie au cours de sa vie en raison de l'environnement.

La phénylcétonurie illustre bien le déterminisme génétique. Il s'agit d'une difficulté à métaboliser la phénylalanine qui entraîne la mort des neurones et engendre donc des handicaps mentaux extrêmement graves. Grâce au dépistage au cinquième jour de cette maladie chez tous les enfants en Europe, on soumet ces enfants à un régime adapté dès la naissance, évitant la mort neuronale. La mutation était jadis un arrêt de mort, aujourd'hui, les personnes traitées n'ont aucun handicap. Une mutation génétique n'est donc pas forcément le signe d'un handicap contre lequel on ne peut rien.

Le cancer est un bon exemple de l'utilisation des technologies génétiques. En séquençant les tumeurs, on s'est rendu compte de la complexité génétique des cancers. Nous savons désormais qu'il faut cibler plusieurs mutations pour chaque tumeur, car chacune subit plusieurs dizaines de mutations différentes. Il n'y a pas deux cancers du sein identiques.

Comment ces technologies NBIC impacteront-elles notre espérance de vie ?

Depuis 1 750 ans, notre espérance de vie a été multipliée par plus de trois grâce à l'éradication de la mortalité infantile, de la tuberculose et diverses maladies qui tuaient les adultes entre 20 et 50 ans. Dans les décennies qui viennent, les technologies NBIC augmenteront considérablement notre espérance de vie. Cela posera sans doute des problèmes politiques, éthiques et organisationnels au système de santé, mais on peut penser que l'espérance de vie, qui progresse actuellement de trois mois par an, s'allongera.

De multiples questions de biopolitique – la politique qui s'interroge sur les conséquences des technologies du vivant – émergeront.

Tout d'abord, celui de l'eugénisme. Utiliserons-nous ces technologies pour choisir et sélectionner les enfants ? Bien sûr, on pense qu'on ne le fera pas, si ce n'est qu'on a commencé puisque 97 % des enfants trisomiques dépistés en France, en Belgique, en Angleterre et en Allemagne sont avortés. Seul un enfant trisomique sur 30 survit au dépistage. Les enfants trisomiques ne souffrant pas, c'est donc pour des raisons sociales et en raison de leurs déficiences intellectuelles que les trisomiques sont avortés. Dans la mesure où l'on pratique ainsi pour la trisomie, il est probable que l'on fera de même pour la myopathie et d'autres handicaps graves.

Auparavant, l'on procédait à des examens en prélevant du liquide amniotique dans le ventre de la mère. Aujourd'hui, la technologie permet de séquencer la totalité de l'ADN fœtal très précocement par simple prise de sang, des algorithmes étant capables de séparer l'ADN fœtal de l'ADN maternel. Le Comité national d'éthique vient d'autoriser cette technologie en France. Elle débouchera sans doute sur une multitude de problèmes difficiles à encadrer. S'agissant de la trisomie 21, le diagnostic est posé à la vingtième semaine. Il faut donc obtenir l'autorisation des médecins pour procéder à une interruption volontaire de grossesse. La nouvelle technologie permet d'avoir le résultat avant douze semaines, à un moment où l'avortement est libre. Cela pose des questions d'éthique qui seront prégnantes dans les années qui viennent : doit-on connaître le futur des enfants ? Que doit-on connaître ? Faut-il sélectionner les enfants ? Faut-il connaître l'ADN de son conjoint ?

Qui traitera les millions d'informations génétiques ? Il est probable que ce seront des sociétés spécialisées en informatique, ce qui posera des problèmes de confidentialité, des problèmes éthiques et des problèmes au corps médical.

Autour d'acteurs comme Google, de nouvelles formes de pouvoir émergeront qui risquent de s'opposer au pouvoir médical traditionnel. L'Etat devra arbitrer. Faut-il pour autant freiner ces technologies au risque de prendre des retards sur des pays comme la Corée, la Chine ou les Etats-Unis ? Faut-il les favoriser au risque de favoriser des biotransgressions ? Que faut-il encadrer ? L'histoire des technologies médicales montre que nous avons toujours accepté ce que l'on a commencé par refuser. Je prendrai le seul exemple de l'accouchement sans douleur grâce à des exercices respiratoires. Les médecins qui le pratiquaient dans les années 50 ont failli être excommuniés par le Pape. Il en a été de même pour la pilule, l'avortement, la fécondation in vitro, les greffes d'organes. Il est probable que ce que

nous considérons comme intolérable aujourd'hui et barbare sera considéré comme une avancée civilisationnelle dans cinquante ans.

On peut penser qu'un enfant qui naît aujourd'hui bénéficiera de technologies inimaginables actuellement et sans doute aura-t-il une très longue espérance de vie d'autant qu'il faut ajouter que la pollution atmosphérique est moins forte aujourd'hui que dans les années 50.

Nous traversons un siècle vertigineux, qu'il s'agisse d'intelligence artificielle, de biotechnologie, des technologies qui agiront sur le cerveau, de lectures et de modification de l'ADN. Le XXI^e siècle nous réserve beaucoup de surprises technologiques et nature autres.

ECHANGES AVEC LA SALLE

Gérard RAYMOND

Les nouvelles technologies annoncent un allongement de la vie alors que des pollutions nouvelles pourraient au contraire la raccourcir.

Les membres de la table ronde veulent-ils tempérer les propos entendus sur la révolution technologique ?

André CICOLLELA

Cet exposé est intéressant en ce qu'il offre le contrepoint exact de mes développements. Comment le séquençage de leur ADN aurait-il pu éviter les 100 000 morts de l'amiante ?



Ce raisonnement présenté comme l'achèvement de la modernité n'est en fait que le fin du fin de l'archaïsme. Si l'on n'adhère pas à ce discours, on serait ringard ! Or, ce discours est tenu depuis des décennies et cette hypothèse selon laquelle tout serait dans le génome, y compris nos maladies, n'est pas vérifiée.

La maladie est la rencontre d'un génome et d'un environnement. Ce que nous savons aujourd'hui, c'est que l'action des perturbateurs endocriniens intervient sur l'épigénome, l'expression des gènes, remettant en cause la vision qui voulait que tout était dans le génome. L'exemple qui nous est donné est celui de la mucoviscidose qui ne concerne que 330 cas par an. C'est dramatique, mais le nombre de cas est limité. Le vrai problème de santé publique n'est pas là mais dans l'explosion du nombre des maladies chroniques : les maladies métaboliques, le cancer, les troubles de la reproduction et du comportement. Les données géographiques montrent bien que l'évolution de notre environnement en est la cause. La meilleure façon d'enrayer le phénomène est d'agir sur notre environnement pour identifier les causes. C'est plus utile que de « croire » et d'adopter un style de télé-évangéliste ; l'exposé relevait plus de la croyance que de la science.

La science nous dit que l'essentiel de nos maladies sont d'origine environnementale. Le plan d'action pour la lutte mondiale contre les maladies transmissibles de l'OMS du 28 mai 2008 précise : « L'un des principaux défis du XXI^e siècle consiste à s'attaquer à la charge mondiale des maladies non transmissibles ». La directrice mondiale de l'OMS parlait à ce sujet de « catastrophe imminente ». Signée par 184 chefs d'Etat et de gouvernement, la Déclaration de New York confirme que c'est là le vrai problème d'actualité. La mise à jour par l'OMS des facteurs d'addiction, de pollution, d'alimentation nous montre les lieux de l'action. Les résultats sont accessibles.

L'Alliance des maladies non transmissibles, qui regroupe les associations de malades au niveau mondial, et l'OMS voulaient fixer un objectif de moins 25 % à l'horizon 2025. La France devrait se rassembler sur cet objectif. Il ne faut pas attendre une solution miracle comme celle qui nous a été exposée, mais agir sur les facteurs de risques identifiés là où les résultats sont déjà au rendez-vous. C'est cette réalité crédible qui doit orienter notre action plutôt que la croyance exposée que tout procède du génome.

Claude RAMBAUD

Les télomères, terminaisons des chromosomes, témoignent par leur longueur des dégradations de la santé. Les propos d'André Cicollèla sur le rôle négatif de l'environnement dans l'explosion du nombre de malades chroniques et de cancers et la génomique de Laurent Alexandre ne peuvent-ils



se rejoindre ? Avoir des mauvais gènes n'est pas forcément sans espoir. Le stress, l'alimentation et l'air notamment comptent aussi.

Laurent ALEXANDRE

Je m'élève contre cette vision caricaturale de mes propos. J'ai expliqué que les gènes interféraient avec l'environnement, notamment dans le cas du cancer. Je n'ai cessé d'expliquer que nous étions le fruit d'une rencontre entre un environnement et nos gènes. Me faire passer pour le parangon d'un déterminisme génétique idiot des années 50 est totalement scandaleux.

Faute de temps, j'ai dû couper de mon exposé la partie relative à l'analyse des protéines situées autour de l'ADN et qui sont modifiées par l'environnement. Je n'ai donc pas pu développer la partie épigénomique.

Au-delà de la séquence ADN héritée, des évolutions constitutionnelles induites par l'environnement modifient notre métabolisme et favorisent des maladies épigénomiques. Me faire passer pour un crétin n'est pas tolérable. Le rôle de l'environnement est essentiel. N'ai-je pas précisé que 80 % des cancers étaient induits par l'environnement, même si 100 % d'entre eux sont génétiques ? Génétique ne veut pas dire héréditaire. Une modification génétique est le plus souvent acquise du fait de l'environnement. Qu'elle soit acquise par l'environnement ou héritée, on peut toujours séquencer cette modification génétique. Le séquenceur se moque de l'auteur de la mutation. Il ne faut donc pas superposer ni mélanger génétique et héréditaire ; il ne faut pas avoir une vision déterministe de la génétique. Nous pouvons, par un environnement

meilleur, par notre mode de vie, échapper à notre déterminisme génétique.

Claude RAMBAUD

Ce sont deux disciplines qui se rejoindront pour enrichir le débat. Ces gènes sont-ils une fatalité ou avons-nous une part de responsabilité en adoptant tel ou tel mode de vie, qui influera sur le développement ou non de certaines maladies ?

Eugène DANIEL, Président du CISS Ile-de-France

Grâce à une meilleure connaissance du fonctionnement cérébral ou génétique, on pourra prolonger la vie, mais n'oublions pas que notre fonctionnement est complexe dans un environnement tout aussi complexe et que des lois de dégénérescence programment nos limites. Philosophiquement c'est souhaitable, la perspective de l'immortalité n'est pas forcément réjouissante. Tout ce qui vit, meurt ; tout ce qui meurt, vit.

Claude RAMBAUD

En deux siècles, l'espérance de vie a triplé. Imaginez si l'espérance de vie devait tripler au cours des deux prochains siècles !

Jean PERRIN, Vice-président CISS Lorraine

Je ne comprends pas l'opposition des points de vue. Hitler a voulu créer un être magnifique en ouvrant des *lebensborn* pour fabriquer une élite, mais l'amour en était absent.

De la salle

Bernard Barataud voilà trente ans croisait un chercheur américain Anthony Monaco qui lui annonçait que la maladie de son fils était génétique et héréditaire. Trente ans plus tard, on pose un diagnostic sur des maladies et l'espérance de vie de ces enfants malades a doublé, voire triplé. Récemment, à l'occasion d'un débat territorial dans le Limousin, où un observatoire régional de la santé environnement verra le jour à l'initiative de l'ARS et de la CRSA, des habitants s'inquiétaient du passage répété d'un pomiculteur portant un masque dont les produits tombaient jusqu'à leur clôture alors même que leurs enfants jouaient. Il serait intéressant que cette famille reçoive une réponse. L'investissement « recherche » pour mesurer l'impact de pesticides serait tout aussi important que les recherches lancées il y a trente ans sur le génome.

Ne prenons pas les patients ou les personnes susceptibles d'être malades en otage. Quels thèmes de recherche seront financés demain ? S'agira-t-il de dépenses liées à l'environnement ou de dépenses privées envahissantes et liées au



génomique ? Il y a là un véritable enjeu dont nous serons les acteurs. Investissons au plus près dans une qualité de proximité pour la santé des populations.

De la salle

Je voudrais remercier M. Alexandre. Je n'ai pas ressenti son intervention comme un plaidoyer pour les nouvelles technologies, mais comme une ouverture sur les dangers auxquels nous risquons d'être confrontés si nous nous voilons la face. Je l'ai compris comme une mise en garde contre ce qui risque de nous arriver si nous continuons à avoir une vision un peu restrictive des problèmes. J'ai découvert aujourd'hui que nous allons être balayés par les technologies asiatiques. Dans 20 ans, le corps médical sera dépourvu de tout pouvoir. Nous serons balayés par de nouvelles économies. Prendre conscience de ces dangers est nécessaire.

Linda CAMBON

L'ARS n'a pas les moyens de financer Google, l'inverse serait préférable !

Les approches des deux écoles présentées sont complémentaires. L'exposé de Laurent Alexandre n'était pas un plaidoyer pour la technologie médicale de demain ni pour le déterminisme génétique. Je note des points de convergence. La neuroscience ou la téléexpertise rejoignent toutes ces questions.

L'ARS se penche sur ces questions. Voilà deux ans, des débats ont été organisés par l'ARS sur le rapprochement entre les neurosciences et

les stratégies de prévention afin de comprendre comment se mettait en place un comportement de santé. La littérature scientifique en pointe les différentes strates décisionnelles. Il existe des « points de contact », autrement dit le moment où les personnes décident d'acheter des chips ou des carottes. C'est à ces moments décisionnels qu'il faut intervenir et cette compréhension nous la devons aux neurosciences.

Par ailleurs, les dangers de l'eugénisme existent et chaque pas dans cette direction entraîne le pas suivant. C'est le débat qui a lieu autour de l'euthanasie : à chaque fois, une condition est levée. C'est ainsi qu'opèrent les évolutions sociétales.





Face au problème de démographie médicale, faute de choix, l'ARS développe l'e-santé et la télémédecine. Je ne pense pas qu'il y ait d'opposition entre les deux écoles. Par ailleurs, il faut relever dans le propos de Laurent Alexandre les avantages – et pas seulement les dangers – des évolutions technologiques dans la thérapeutique comme dans les stratégies de prévention.

De la salle

J'ai fait une carrière dans l'informatique mais les choses vont mille fois plus vite que ce que j'imaginai. Si la France n'accélère pas ses recherches, nos analyses ADN et nos diagnostics viendront par Internet d'un pays lointain. Pas une caisse ne s'intéresse à l'explosion du nombre de cancers à la campagne dont la situation sera terrible dans trente ans. Il faut accélérer les études et traiter de ces problèmes. Mais, en France, qui va pouvoir agir, comment et quand ?

Véronique POZZA, Présidente du CISS-Pays-de-la-Loire, représentante d'usagers

Les nouvelles technologies sont passionnantes par les évolutions ultra-rapides qu'elles génèrent. Mes enfants vivront peut-être 150 ans, mais hélas, nous savons à quel âge se termine l'état de



bonne santé. Qui paiera et comment être acteur de sa santé dans cet autre monde ? La difficulté est déjà grande aujourd'hui de faire adhérer la population aux campagnes de prévention. Comment les usagers pourront-ils accéder à cette autre planète ?

Laurent ALEXANDRE

L'interrogation est réelle. Je suis par essence favorable au consumérisme médical, au pouvoir médical et à l'information des patients. A cette fin, j'ai créé Doctissimo.

A l'ère de la génétique, le patient ne pourra traiter seul le génome. Nous comptons tous des milliers de facteurs de risque dont la plupart ne sont pas significatifs. Il faut se centrer sur quelques éléments prédictifs à partir desquels on décide de modifier le mode de vie. Le moment le plus sensible réside dans cette dernière action, non dans le dépistage. Qu'il y ait ou non un séquençage, il restera compliqué de rester à un niveau d'hémoglobine satisfaisant pour un diabétique. Comment informer le patient alors que l'information sera bien plus compliquée et le faire adhérer à des programmes de prévention à long terme ? La question est ouverte.

Le rôle du médecin demain consistera à agréger ces données et à déterminer un programme de santé prédictif qui soit raisonnable susceptible d'apporter au patient une plus grande espérance de vie. On ne pourra pas mettre en place 5 000 programmes de lutte contre toutes les prédispositions génétiques de chaque patient. Il faudra se centrer sur les enjeux les plus importants. La sélection des enjeux et la détermination des leviers destinés à convaincre le patient d'adhérer à quelques objectifs simples resteront la noblesse du métier de médecin demain.

De la salle

Lorsque l'on constate les problèmes budgétaires des caisses primaires d'assurance maladie ne serait-il pas préférable de mutualiser les efforts de prévention de l'ARS avec la CEPAM ? De même, on relève des problèmes budgétaires au titre de la prévention dans les commissions d'ASS.

La CARSAT envoie parfois des propositions de formation à des malades atteints d'un cancer professionnel et dont l'arrêt de travail décidé par un médecin conseil dépasse 90 jours alors que ces patients sont sur leurs lits, en train d'être transfusés. Est-ce bien normal ?

Linda CAMBON

La mutualisation des priorités et des financements se fait déjà au maximum autorisé. Elle est réelle sur des thématiques communes : le dépistage des

cancers, l'accès aux droits... Certes, l'Assurance maladie a des priorités nationales quand nous-mêmes avons des priorités locales ; dès lors que les priorités convergent, nous essayons de faire en sorte qu'il y ait mutualisation à hauteur de 50 % dans les conventions et dans les appels à projets.

Des outils sont au service de la convergence des priorités et des objectifs. Je citerai la Commission de coordination des politiques publiques et les comités de pilotage stratégique. Par exemple, dans l'élaboration du Schéma régional de prévention, l'Assurance maladie a été concertée pour définir avec nous les grandes priorités. C'est aussi l'intérêt de la CCP et du PRS qui ont pour objet de cibler les priorités des opérateurs et des financements communs.

Pierrick CHAUSSEE

Comme pour tout dispositif qui monte en charge, il ne faut pas jeter le bébé avec l'eau du bain. Pour l'Aquitaine, la prévention de la désinsertion professionnelle concerne 3 000 personnes. Trente pour cent des patients ont pu, soit garder leur emploi, soit se maintenir en employabilité. Il n'y a là rien d'inintéressant. Si vous rencontrez des cas du type de celui qui a été évoqué, merci de nous les signaler pour que nous examinions ce qui se passe. Ne nous focalisons pas sur les dysfonctionnements. La prévention de la désinsertion professionnelle présente des avantages même si elle a aussi des limites.





Clôture

Claude RAMBAUD

Présidente du CISS

Merci à chacun. André Cicollela, rassurez-vous, nous reviendrons au cours de longues journées sur les maladies environnementales et la prévention.

Merci, Laurent Alexandre, d'avoir ouvert des pistes et dessiné ce qui nous attendait. Je note surtout qu'il y aura un marché de la santé et que le PIB progressera de quelques points. Faut-il médicaliser la santé ? De vrais défis nous attendent.

Une coopérative de santé nous a été présentée. C'est ainsi que des idées ont été lancées au cours de notre rencontre. A nous d'aller voir ce qui se passe chez nos voisins ou outre-Atlantique, afin d'envisager de nouvelles démarches.

Laurent Alexandre a annoncé une perte de pouvoir médical, mai peut-être pas au détriment des patients. En tout cas, nous voyons pointer de nouvelles technologies. Le métier d'ingénieur sera certainement de plus en plus présent dans le domaine de la santé.

Du travail nous attend. Rendez-vous donc à notre prochaine séance.

Fin des débats.



Les associations membres sont au nombre de 39 :

ADMD (Association pour le droit de mourir dans la dignité) - **AFD** (Association française des diabétiques) - **AFH** (Association française des hémophiles) - **AFM** (Association française contre les myopathies) - **AFPric** (Association française des polyarthritiques) - **AFVS** (Association des familles victimes du saturnisme) - **AIDES** - **Alliance du Cœur** - **Alliance Maladies Rares** - **ANDAR** (Association nationale de défense contre l'arthrite rhumatoïde) - **APF** (Association des paralysés de France) - **Autisme France** - **AVIAM** (Association d'aide aux victimes d'accidents médicaux) - **Epilepsie France** - **Familles Rurales** - **FFAAIR** (Fédération française des associations et amicales d'insuffisants respiratoires) - **FNAIR** (Fédération nationale d'aide aux insuffisants rénaux) - **FNAPSY** (Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie) - **FNAR** (Fédération nationale des associations de retraités et préretraités) - **FNATH** (Association des accidentés de la vie) - **France Alzheimer** - **France Parkinson** - **FSF** (Fédération des Stomisés de France) - **Génération Mouvement** - **La CSF** (La Confédération syndicale des familles) - **Le LIEN** (Association de lutte, d'information et d'étude des infections nosocomiales) - **Ligue contre le cancer** - **Médecins du Monde** - **SOS Hépatites** - **Transhépatite** - **UAFLMV** (Union des associations françaises de laryngectomisés et mutilés de la voix) - **UNAF** (Union nationale des associations familiales) - **UNAFAM** (Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques) - **UNAFTC** (Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et cérébrolésés) - **UNAPEI** (Union nationale des associations de parents de personnes handicapées mentales et de leurs amis) - **UNISEP** (Union pour la lutte contre la sclérose en plaques) - **UNRPA** (Union nationale des retraités et personnes âgées) - **Vaincre la Mucoviscidose** - **VMEH** (Visite des malades en établissements hospitaliers)

Le CISS, Collectif Interassociatif Sur la Santé, regroupe près de 40 associations intervenant dans le champ de la santé à partir des approches complémentaires d'associations de personnes malades et handicapées, d'associations de consommateurs et de familles, d'associations de personnes âgées et retraitées.

C'est la volonté de faire coïncider ces différentes approches qui a présidé à la création du CISS en 1996, pour lui permettre de devenir aujourd'hui un interlocuteur crédible représentant et défendant les intérêts communs à tous les usagers du système de santé au-delà de tout particularisme.

NOS PRINCIPAUX OBJECTIFS :

- **REPRÉSENTER** et défendre les intérêts communs de tous les usagers du système de santé, l'une de nos priorités.
- **FORMER** les représentants d'usagers qui siègent dans les instances hospitalières ou de santé publique, afin de les aider à jouer un rôle actif dans ces instances, en rendant leur présence à la fois reconnue et pertinente.
- **OBSERVER** et **VEILLER** en continu au bon fonctionnement et à l'équité du système de santé, analyser les points posant problème, définir des stratégies communes pour obtenir des améliorations dans l'accueil et la prise en charge des personnes.
- **INFORMER** les usagers du système de santé sur leurs droits en matière de recours aux établissements et aux professionnels de santé ainsi qu'aux organismes de protection sociale (Assurance maladie et mutuelles ou assurances complémentaires).
- **COMMUNIQUER** nos constats et nos revendications pour conforter le CISS en tant qu'interlocuteur privilégié et représentatif des usagers du système de santé, afin de toujours porter avec plus de force la défense d'une prise en charge optimale de ces derniers.



Pour toute question juridique ou sociale liée à la santé, des écoutants spécialistes vous informent et vous orientent.

Lundi, Mercredi et Vendredi : de 14h à 18h

Mardi et Jeudi : de 14h à 20h

Tél. : 0 810 004 333 (n° Azur)
ou 01 53 62 40 30
santeinfodroits@leciss.org
www.leciss.org/sante-info-droits

25 CISS en région : www.leciss.org/les-ciss-regionaux :

CISS-Alsace • CISS-Aquitaine • CISS-Auvergne
CISS-Basse-Normandie • CISS-Bourgogne • CISS-Bretagne
CISS-région Centre • CISS-Champagne-Ardenne • CISS-Corse
CISS-Franche-Comté • CISS-Guadeloupe • CISS-Haute-Normandie
CISS-Ile-de-France • CISS-Languedoc-Roussillon • CISS-Limousin
CISS-Lorraine • CISS-Martinique • CISS-Midi-Pyrénées
CISS-Nord-Pas-de-Calais • CISS-Océan Indien • CISS-Pays-de-la-Loire
CISS-Picardie • CISS-Poitou-Charentes
CISS-Provence-Alpes-Côte d'Azur • CISS-Rhône-Alpes